

Υγεία

Δ ρ ά σ η + Ζ ω ή

Α Φ Ι Ε Ρ Ω Μ Α

Τα μυστικά του ύπνου

Γιατί μας είναι απαραίτητος
Τα προβλήματα που μας ξαγρυπνούν

Το ιδανικό υπνοδωμάτιο

GREENbanking 4Life

www.greenbanking.gr


Η ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗ ΜΑΣ ΕΙΝΑΙ ΕΜΦΥΤΗ.

Η Τράπεζα Πειραιώς υλοποιεί το
πρόγραμμα GREENbanking4Life.



Τι είναι το GREENbanking4Life;

Είναι ένα πρωτοπόρο πρόγραμμα που εγκρίθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στο πλαίσιο του LIFE Environment και υλοποιείται από την ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ σε συνεργασία με την περιβαλλοντική οργάνωση ΟΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΝΑΚΥΚΛΩΣΗΣ.

Σκοπός του GREENbanking4Life

- Να διαχειριστεί και να μειώσει τις περιβαλλοντικές επιπτώσεις της Τράπεζας Πειραιώς.
- Να διαδώσει την τεχνογνωσία του προγράμματος στις θυγατρικές εταιρίες, στους πελάτες και στο ευρύτερο κοινό.

Τα κέρδη από το GREENbanking4Life

- Μείωση εκπομπών διοξειδίου του άνθρακα.
- Ανακύκλωση χαρτιών, μελανιών, πλαστικών, ηλεκτρονικών υπολογιστών κ.ά.
- Εξοικονόμηση νερού σε περιοχές του δικτύου των καταστημάτων με προβλήματα λειψυδρίας.
- Προμήθεια φιλικών προς το περιβάλλον προϊόντων (ανακυκλωμένο χαρτί, μη τοξικά καθαριστικά προϊόντα κ.ά.).
- Ανάπτυξη «πράσινων» αγορών στην Ελλάδα και δημιουργία τραπεζικών προϊόντων που ενισχύουν επενδύσεις φιλικές προς το περιβάλλον.
- Εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση ανθρώπινου δυναμικού.



Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη
Τράπεζας Πειραιώς
Κοινωνία - Περιβάλλον - Πολιτισμός



Value through Innovation



Αφουγκραζόμαστε το μέλλον της υγείας

Με ευαισθησία προσφέρουμε καθημερινά υγεία στους ανθρώπους σε όλο τον πλανήτη.

Με επιστημονικά επιτεύγματα προσθέτουμε καθημερινά νέες διαστάσεις στο μέλλον της υγείας.

www.boehringer-ingelheim.com

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ ΤΕΥΧΟΥΣ

ΚΩΣΤΑΣ ΣΟΛΔΑΤΟΣ

Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας του Ύπνου

ΙΩΑΝΝΗΣ Κ. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ

Ph.D., F.E.B.G., M.A.C.G.

Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Ιατρικό Πανεπιστήμιο
Ιασίου, Ρουμανία, διευθυντής Γαστρεντερολογικού
Τμήματος Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Νίκαιας

ΝΑΝΤΙΑ ΜΠΕΡΓΙΑΝΝΑΚΗ - ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗ

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής
Πανεπιστημίου Αθηνών Υπεύθυνη Εργαστηρίου
Χρονοβιολογίας & Ύπνου στο Ερευνητικό
Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

ΜΑΝΟΣ ΑΛΧΑΝΑΤΗΣ

Αναπληρωτής καθηγητής Πνευμονολογίας Ιατρικής
Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, υπεύθυνος του
Εργαστηρίου Ύπνου της Α' Πανεπιστημιακής
Πνευμονολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο Σωτηρία

ΘΩΜΑΣ ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου
Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

ΣΠΥΡΟΣ ΚΟΝΙΤΣΙΩΤΗΣ

Επίκουρος Καθηγητής Νευρολογίας Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων

ΕΛΕΝΗ ΛΑΖΑΡΑΤΟΥ

Επίκουρη καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική
Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣ

Επίκουρος καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή
Πανεπιστημίου Αθηνών

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΨΑΡΡΟΣ

Λέκτορας Ψυχιατρικής, Α' Ψυχιατρική Κλινική
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο
Νοσοκομείο

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΡΙΧΤΕΡ, MD., FESC., FAHA

Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής
Αθηνών, πρόεδρος Ομάδας Εργασίας Πρόληψης
Στεφανιαίας Νόσου της Ελληνικής Καρδιολογικής
Εταιρείας

ΝΙΚΗΤΑΣ ΝΙΚΗΤΑΡΑΣ

Αναπληρωτής καθηγητής ΤΕΦΑΑ, Πανεπιστημίου
Αθηνών, ειδικός στην Άσκηση για Όλους

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΑΜΦΙΛΟΧΙΟΥ

Πνευμονολόγος, υπεύθυνη Μονάδας Ύπνου
Σισμανόγλειο Νοσοκομείου Αττικής

ΔΗΜΗΤΡΗΣ Π. ΜΠΕΡΤΖΕΛΕΤΟΣ, M.Sc.

Κλινικός Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, αντιπρόεδρος
Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων-Διατροφολόγων

ΑΣΤΕΡΙΑ ΣΤΑΜΑΤΑΚΗ, M.Sc.

Διαιτολόγος-διατροφολόγος, επιστημονική
συνεργάτιδα Γαστρεντερολογικής Κλινικής Γενικού
Κρατικού Νικαίας

ΜΑΝΟΣ ΚΑΖΑΜΙΑΣ, B.Sc, M.Sc.

Διαιτολόγος-Διατροφολόγος του Πανεπιστημίου του
Λονδίνου

ΤΑ ΝΕΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΕΚΔΟΣΕΩΝ:
ΜΗΝΑΣ ΒΙΝΤΙΑΔΗΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΡΟΥΛΑ ΤΣΟΥΛΕΑ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΥΛΗΣ: ΓΙΩΡΓΟΣ ΜΠΑΛΛΚΑΣ

ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

ΜΑΡΙΑ ΚΟΝΤΗ

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ: ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΔΑΝΑΛΗ

ΣΕΛΙΔΟΠΟΙΗΣΗ: ΑΝΔΡΟΝΙΚΟΣ ΜΑΘΙΟΥΔΑΚΗΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ: ΒΙΚΥ ΠΑΡΘΕΝΗ

211-365.9822, e-mail: vpartheni@dolnet.gr

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ ΤΕΥΧΟΥΣ:
VISUALPHOTOS.com,
BSIP

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΦΙΕΡΩΜΑ

ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ



12 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΡΟΛΟΪ

Πώς μας επηρεάζουν
το τζετ λαγκ και η εργα-
σία σε βάρδιες

16 ΑΨΠΝΙΑ Όσα πρέπει να ξέρουμε για το πιο συχνό πρόβλημα



06 ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ: «Δεν ήξερα ότι έχω
άπνοια»

08 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ: Ο ύπνος έχει
πολλά στάδια

22 ΦΑΡΜΑΚΑ: Οι θεραπείες της
αϋπνίας

34 ΑΠΝΟΙΑ: Το ροχαλητό δεν είναι
πάντοτε αθώο

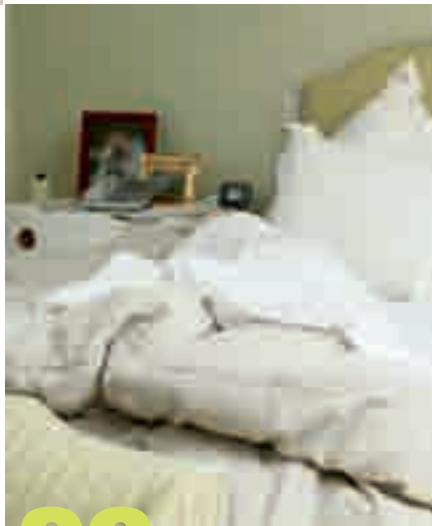
38 ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ: Οι συνέπειες των
διαταραχών ύπνου στο καρδιαγγειακό

42 ΑΝΗΣΥΧΑ ΠΟΔΙΑ: Μια συχνή αλλά
άγνωστη διαταραχή

46 ΠΕΠΤΙΚΟ: Τα προβλήματα που
«χαλάνε» τον ύπνο

50 ΙΑΤΡΕΙΑ ΥΠΝΟΥ: Η διάγνωση στο
νοσοκομείο

52 ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ: Όπλο κατά της
αϋπνίας



26 ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

Τα μυστικά του υγιει-
νού υπνοδωματίου

54 ΜΙΚΡΕΣ ΗΛΙΚΙΕΣ: Τα προβλήματα
νηπίων, παιδιών και εφήβων

60 ΔΙΑΤΡΟΦΗ: Τι να τρώτε το βράδυ για
να κοιμάστε ήσυχα

64 ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑ: Συμβουλές για σωστή
απώλεια βάρους

66 ΣΥΝΤΑΓΕΣ: Υγιεινά και ελαφρά πιάτα

68 ΟΔΗΓΟΣ: Τα ιατρεία ύπνου στα
δημόσια νοσοκομεία

COMPASSION

Επιδιώκουμε να κάνουμε την πραγματική διαφορά στη ζωή των ανθρώπων σε όλο τον κόσμο, ανακαλύπτοντας, εξελίσσοντας και παρέχοντας φάρμακα τα οποία αποτελούν καινοτομίες, αλλά και υποστηρίζοντας σημαντικές πρωτοβουλίες για την υγεία, την εκπαίδευση και τις κοινωνίες.



Bristol-Myers Squibb



ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

ΑΝΤΩΝΗΣ ΛΙΟΥΜΗΣ

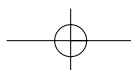
Με λίγα λόγια

- * Ο 38χρονος **Αντώνης Λιούμης** είναι ιδιωτικός υπάλληλος
- * Έπασχε από υπνική άπνοια επί **12** χρόνια δίχως να το γνωρίζει
- * Η κατάστασή του διαγνώστηκε πριν από **6** μήνες. Αιτία της ήταν το στραβό διάφραγμα στη μύτη λόγω αλλεργικής ρινίτιδας
- * Υποβλήθηκε σε εγχείρηση που όπως λέει ο ίδιος του άλλαξε τη ζωή



«Δεν είχα καταλάβει
ότι έχω άπνοια»

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ:
ΓΙΑΝΝΗΣ ΔΕΒΕΤΖΟΓΛΟΥ,
gdevetzoglou@dolnet.gr





«...υπνούσα και αντί να είμαι ξεκούραστος, ήμουν εξαντλημένος...»
 «Κοιμόμουν όρθιος κατά τη διάρκεια της ημέρας. Δεν μπορού-
 ...σα καν να συνειδητοποιήσω ότι ο κακός ύπνος θα μπορούσε
 να μου δημιουργήσει τόσα προβλήματα».

Ο Αντώνης Λιούμης είχε άπνοια ύπνου για περίπου 12 χρόνια. Δεν το είχε καταλάβει όμως – όπως δεν το γνωρίζουν και οι περισσότεροι πάσχοντες. «Υπέθετα ότι ήταν από τις πολλές ώρες που εργαζόμουν, από την αλλαγή της ώρας λόγω της φύσης της δουλειάς μου», λέει. Ο κ. Λιούμης απασχολείται στον τουριστικό κλάδο και ταξιδεύει στο εξωτερικό τουλάχιστον τέσσερις φορές τον μήνα. Τα ταξίδια και η αλλαγή της ώρας είναι παράγοντες που προκαλούν σωματική και πνευματική κόπωση. Ωστόσο, όπως μας λέει ο ίδιος, «ακόμη και όταν είχα άδεια και για περισσότερες από 15 μέρες, κοιμόμουν αρκετές ώρες, αλλά και πάλι δεν ξεκουραζόμουν. Κουτουλούσα».

Μία άλλη δικαιολογία που έδινε στον εαυτό του ήταν ότι επιδεινωνόταν η φυσική του κατάσταση. Αλλά ούτε και αυτό ήταν αρκετό. Διότι με την πάροδο του χρόνου, αισθανόταν ακόμη πιο κουρασμένος.

«Πήγα σε έναν παθολόγο και ζήτησα να κάνω εξετάσεις. Μου έκανε καρδιογράφημα και εξετάσεις αίματος. Ήταν όλα φυσιολογικά και δεν μου έδω-
 ...σε καμία απάντηση», εξηγεί ο κ. Λιούμης.

Από τότε πέρασαν δύο χρόνια χωρίς να αλλάξει κάτι. Κάποιες ημέρες κοιμόταν για περισσότερες από 12 ώρες. Ωστόσο, όταν ξυπνούσε και ύστερα από περίπου 4 ώρες ήταν εξαντλημένος: «Ειδικά μετά το μεσημεριανό φαγητό δεν άντεχα. Ήθελα οπωσδήποτε να κοιμηθώ. Δεν μπορούσα να κρατηθώ, έπεφτε το κεφάλι μου και έκλειναν τα μάτια μου».

Τα πράγματα άρχισαν να αλλάζουν σε ταξίδι που έκανε για ένα ιατρικό συνέδριο στην Ολλανδία. Έτυχε να ξεφυλλίσει κάποια επιστημονικά περιοδικά και να πέσει στην αντίληψή του ένα άρθρο για την άπνοια του ύπνου. «Δεν ήξερα καν ότι υπάρχει τέτοιο πράγμα. Ρώτησα έναν από τους γιατρούς που ήταν στο συνέδριο και μου εξήγησε περί τίνος πρόκειται. Ότι δηλαδή εάν κοιμάμαι αρκετές ώρες και την επόμενη μέρα νυστάζω, θα πρέπει να πάω σε ένα κέντρο μελέτης ύπνου για να με εξετάσουν, διότι, όπως μου είπε είναι επικίνδυνο για έμφραγμα και εγκεφαλικό – πέρα από την κόπωση που μονίμως αισθάνομαι...».

ΕΝΑ ΒΡΑΔΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Όταν γύρισε στην Ελλάδα, έκλεισε ένα ραντεβού στο Κέντρο Μελέτης Ύπνου του Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός». «Μου είπαν ότι θα έπρεπε να κάνω διάφορες εξετάσεις και ότι θα πρέπει να κοιμηθώ εκεί για ένα βράδυ. Μου έκανε εντύπωση, αλλά ήταν κάτι που ήθελα να κάνω, διότι η καθημερινότητά μου είχε γίνει αληθινό μαρτύριο», ομολογεί.

Από την κούραση δεν μπορούσε πλέον να αποδώσει στη δουλειά του, ξεχνούσε συνεχώς, δεν είχε τη δύναμη μετά τις 11 το βράδυ να βγει για ένα ποτό και να διασκεδάσει, ούτε καν μία επίσκεψη δεν μπορούσε να πάει: αισθανόταν κατάκοπος και χαμουργιόταν συνεχώς. «Στον “Ευαγγελισμό” αισθάνθηκα πως με ξετίναξαν. Πέρασα από όλες τις ιατρικές ειδικό-

τητες – ΟΡΛ, πνευμονολόγο, νευρολόγο, ούτε κι εγώ ξέρω τι άλλο. Επιπλέον, έκανα κάτι σαν τεστ κοπώσεως, αναλυτικές εξετάσεις αίματος, ακτινογραφίες και τελικά κοιμήθηκα ένα βράδυ εκεί, σε μονόκλινο, φορώντας μία τεράστια μάσκα».

Την επόμενη μέρα ξύπνησε και έφυγε. Του είπαν ότι θα τον ειδοποιήσουν για τα αποτελέσματα. Λίγες ημέρες αργότερα, οι γιατροί επικοινωνήσαν μαζί του και του είπαν πως θα έπρεπε να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, διότι είχε «σκολίωση ρινικού διαφράγματος».

«Πήγα στο νοσοκομείο και μου εξήγησαν ότι αυτό που μου κατάστρεφε τον ύπνο ήταν οι υπερτροφικές κόγχες μέσα στη μύτη μου, που είχαν πιέσει και στραβώσει το διάφραγμα», λέει. «Εξαιτίας του, όταν ξάπλωνα, δεν μπορούσα να παίρνω επαρκή ποσότητα οξυγόνου. Ρώτησα για την εγχείρηση που μου συνιστούσαν και μου εξήγησαν ότι είναι από τις πιο ανώδυνες επεμβάσεις και ότι θα μπορούσε να διορθώσει το πρόβλημα».

Ο κ. Λιούμης ρώτησε κάτι ακόμα: γιατί είχε υπερτροφικές κόγχες; Είχε γεννηθεί έτσι ή ήταν κάτι που απέκτησε μεγαλώνοντας; Οι γιατροί του είπαν πως αυτό συνέβη επειδή είχε αλλεργική ρινίτιδα και κάθε άνοιξη και φθινόπωρο που ενεργοποιούνταν η αλλεργία του, πρήζονταν οι κόγχες της μύτης, πιέζαν το διάφραγμα και αντί να το στηρίζουν στην ευθεία, το στράβωναν. Μάλιστα, θεώρησαν σημαντικό να αξιολογήσει την κατάστασή του και αλλεργιολόγος, ώστε το πρόβλημά του να αντιμετωπιστεί συνολικά. ■

Ένας νέος, ξεκούραστος άνθρωπος

Αποφάσισε να μπει στο χειρουργείο και να κάνει την επέμβαση. «Το έψαξα αρκετά για να βρω ποια μέθοδος ήταν η καλύτερη για την περίπτωσή μου και κατέληξα σε μία νέα αλλά δοκιμασμένη τεχνική που γίνεται με ραδιοκύματα», λέει. «Μου είπαν ότι με τα ραδιοκύματα το χειρουργείο είναι ανώδυνο και δεν θα έχω μετά καθόλου μώλωπες κάτω από τα μάτια και

γύρω από τη μύτη, όπως συχνά συμβαίνει».

Επόμενο βήμα ήταν να βρει πού μπορούσε να χειρουργηθεί. Κανένα από τα δημόσια νοσοκομεία στα οποία ρώτησε δεν την εφάρμοζε και έτσι επέλεξε μια ιδιωτική κλινική.

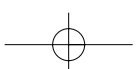
«Όταν βγήκα από το χειρουργείο είχα πονοκέφαλο. Ήταν φυσικό επακόλουθο της νάρκωσης, αλλά και επειδή τα ρουθούνια μου ήταν κλειστά με δύο νάρθηκες. Έμεινα μέσα στην κλινική ένα βράδυ και την επόμενη μέρα βγήκα. Τα δύο πρώτα βράδια δεν μπορούσα να κοιμηθώ καθόλου, ήταν μαρτυρικά», λέει ο κ. Λιούμης.

Την τέταρτη μέρα πήγε στον γιατρό του και εκείνος του έβγαλε τους νάρθηκες. Την 8η μέρα μετά το χειρουργείο, του αφαίρεσε και τα ράμματα. «Δεν πονούσα καθόλου τις μέρες που μεσολάβησαν και, όπως μου είχαν πει πριν την εγχείρηση, δεν είχα καθόλου μώλωπες κάτω από τα μάτια και γύρω από τη μύτη», λέει. «Ακόμη και την ώρα που έβγαλε ο γιατρός τις γάζες – και που όλοι μου είχαν πει ότι θα πεθάνω στον πόνο – εγώ δεν πόνεσα».

Ο γιατρός τού συνέστησε για τουλάχιστον δύο μήνες μετά την εγχείρηση να προσέχει να μην μπαίνει στα

μέσα μαζικής μεταφοράς, καθώς και να μην χτυπήσει κατά λάθος τη μύτη του.

Από το χειρουργείο έχουν πια περάσει έξι μήνες και όπως εξηγεί «επιτέλους άνοιξε η μύτη μου και μπορώ και αναπνέω φυσιολογικά, χωρίς να βάζω σπρέι κορτιζόνης». Λέει επίσης ότι αισθάνεται 15 χρόνια νεώτερος και ότι η ζωή του έχει αλλάξει. Μπορεί να είναι απόλυτα λειτουργικός στην καθημερινότητά του, συνεπής και ακριβής στις επαγγελματικές του υποχρεώσεις, μπορεί και χαίρεται να βγαίνει τα βράδια και να ξενυχτάει δίχως να αισθάνεται κόπωση και γενικά αισθάνεται «ένας νέος, ξεκούραστος άνθρωπος».



ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΤΩΝ ΟΝΕΙΡΩΝ

ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Ο ΥΠΝΟΣ, ΤΑ ΜΥΣΤΙΚΑ ΤΟΥ, ΚΑΙ Η ΕΝ ΓΕΝΕΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΑΡΧΙΣΑΝ ΝΑ ΕΡΕΥΝΩΝΤΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 4-5 ΔΕΚΑΕΤΙΕΣ. ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΑΥΤΗ, ΜΕΓΑΛΕΣ ΠΡΟΟΔΟΙ ΕΓΙΝΑΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ (ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗ ΖΩΗ ΜΑΣ, ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΑΥΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ).

Του
ΚΩΣΤΑ ΣΟΛΔΑΤΟΥ
Καθηγητή Ψυχιατρικής στην
Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου
Αθηνών, προέδρου της Ελληνικής
Εταιρείας Έρευνας του Ύπνου



Πρόοδος σημειώνεται επίσης στον διαγνωστικό τομέα με τη διάγνωση ολοένα και περισσότερων πρωτογενών διαταραχών ύπνου, καθώς και των ποικίλων σωματικών ή ψυχικών παθήσεων που ως βασική αιτία έχουν τις διαταραχές ύπνου. Τέλος, μεγάλα βήματα έχουν πραγματοποιηθεί στη θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών του ύπνου. Από άποψη συμπεριφοράς, ο ύπνος είναι μία αναστρέψιμη κατάσταση μειωμένης συνείδησης και ανταπόκρισης στο περιβάλλον. Είναι επίσης αλήθεια ότι ο ύπνος είναι ένα περίπλοκο «αμάλγαμα» διαδικασιών φυσιολογίας και συμπεριφοράς. Συνήθως, αλλά όχι απαραίτητα, επέρχεται όταν είμαστε ξαπλωμένοι, ήρεμοι, με κλειστά μάτια και κάνουμε ελάχιστες κινήσεις.

ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Έχουν κατά καιρούς διατυπωθεί αρκετές θεωρίες σχετικά με τη λειτουργική σημασία του ύπνου.

Τέσσερις είναι οι σημαντικότερες. Σύμφωνα με αυτές, ο ύπνος είναι απαραίτητος για τη σωματική και ψυχολογική αποκατάσταση και την ανάπαυση βιολογικών λειτουργιών συμπεριλαμβανομένου του ανοσοποιητικού συστήματος, καθώς και την αναπλήρωση της ενέργειας (μεταβολική θεωρία), για την ταξινόμηση και εκκαθάριση πληροφοριών

και την εδραίωση της μνήμης (πληροφορική θεωρία), για την αποφόρτιση των συναισθημάτων, την ανάπτυξη του εγκεφάλου, καθώς και την εξασφάλιση της καλής λειτουργίας κρίσιμων για την επιβίωση νευρικών κυκλωμάτων (οντογενετική θεωρία). Τελευταία είναι η φυλογενετική θεωρία, που υποστηρίζει ότι ο ύπνος είναι μια εξελικτική συμπεριφορά και χρησιμεύει για την καταστολή της δραστηριότητας σε περιόδους της ημέρας, που οι πιθανότητες για επιτυχία και ασφαλή δράση είναι περιορισμένες. Καμία θεωρία πάντως δεν ερμηνεύει όλες τις πολύπλοκες παραμέτρους και τους σκοπούς του ύπνου.

Από πρακτική άποψη, η πλέον προφανής παρατήρηση είναι ότι ύστερα από μια παρατεταμένη περίοδο με διαταραχές του ύπνου εμφανίζονται τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές εκδηλώσεις. Πειραματόζωα που έχουν στερηθεί τελείως τον ύπνο για πολύ μεγάλες χρονικές περιόδους πεθαίνουν από ανεπάρκεια των θερμορρυθμιστικών μηχανισμών αλλά και ανεπάρκεια πολλών άλλων συστημάτων.

Οι αρνητικές επιπτώσεις της χρόνιας, μερικής στέρησης του ύπνου (κάτι που θεωρείται σύνηθες στη σύγχρονη κοινωνία) μπορεί να είναι σημαντικές για την ψυχική διάθεση, τη συμπεριφορά και την γνωσιακή λειτουργία, με ποικίλες συνέπειες στην προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα.



ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ

Ο φυσιολογικός ύπνος εμφανίζει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τα οποία τον διακρίνουν από άλλες καταστάσεις σχετικής αδράνειας. Ο ύπνος διακρίνεται σε δύο ποιοτικά διαφορετικές καταστάσεις: τον ύπνο χωρίς ταχείες κινήσεις των οφθαλμών (non-rapid eye movement sleep, NREM sleep) και τον ύπνο με ταχείες κινήσεις των οφθαλμών (rapid eye movement sleep, REM sleep) – ύπνο στη διάρκεια του οποίου ονειρευόμαστε. Τόσο ο NREM ύπνος όσο και ο REM ύπνος είναι ενεργές διαδικασίες. Για να επέλθει ο ύπνος, πρέπει να ελαττωθεί η δραστηριότητα στο τμήμα του εγκεφάλου που ελέγχει την εγρήγορση. Τόσο η εγρήγορση όσο και ο ύπνος επιτυγχάνονται με την απελευθέρωση ή ανάσχεση ορισμένων ουσιών του εγκεφάλου, των επονομαζόμενων νευροδιαβιβαστών – εν προκειμένω της νοραδρεναλίνης, της νορεπινεφρίνης, της ντοπαμίνης, της σεροτονίνης και της ακετυλοχολίνης. Ο NREM ύπνος διαιρείται σε τέσσερα στάδια αυξανόμενου βάθους:

■ Το Στάδιο I, που αντιστοιχεί στο 4% με 5% της βασικής υπνικής περιόδου, εμφανίζεται με την έναρξη του ύπνου ή ακολουθεί την άνοδο του επιπέδου συνειδησης από ένα άλλο στάδιο ύπνου. Στο Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) εμφανίζονται οξυαίχμα κύματα, ενώ οι οφθαλμοί εκτελούν βραδείες περιστροφικές κινήσεις.

■ Το Στάδιο II (45% με 55 % του νυκτερινού ύπνου) περιλαμβάνει βραδύτερη ηλεκτροεγκεφαλογραφική δραστηριότητα.

■ Το Στάδιο III (4-6% του συνολικού χρόνου του ύπνου) εμφανίζει ακόμη πιο βραδεία δραστηριότητα στο ΗΕΓ.

■ Το Στάδιο IV χαρακτηρίζεται από τη βραδύτερη ΗΕΓ δραστηριότητα και συνιστά το 12% με 15% του ύπνου.

Ο συνδυασμός των Σταδίων III και IV αποκαλείται ύπνος βραδέν κυμάτων (slow-wave sleep, SWS). Αυτή θεωρείται η βαθύτερη μορφή ύπνου, από την οποία η αφύπνιση είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Ορισμένες νυκτερινές διαταραχές του ύπνου (συχυτικές διεγέρσεις, υπνοβασία και υπνικός τρόμος) εμφανίζονται κατά τον ύπνο βραδέν κυμάτων.

Ο REM ύπνος είναι ως προς τη φυσιολογία του πολύ διαφορετικός. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου ύπνου, ο μεταβολισμός του εγκεφάλου είναι ιδιαίτερα έντονος με χαμηλά δυναμικά στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Παρατηρούνται αυτόματες ταχείες κινήσεις των οφθαλμών, ενώ η ηλεκτρομυογραφική δραστηριότητα των σκελετικών μυών είναι πρακτικά απύσχα. Ο καρδιακός ρυθμός, η πίεση του αίματος και ο τύπος αναπνοής μεταβάλλονται συνεχώς, η ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος διακόπτεται προσωρινά, ενώ διαπιστώνεται διόγκωση του πέους και της κλειτορίδας. Ο REM ύπνος συνήθως καταλαμβάνει το 20% με 25% του συνολικού χρόνου ύπνου. Τα περισσότερα όνειρα αλλά και οι εφιάλτες εμφανίζονται κατά τη διάρκεια του REM ύπνου.

ΚΥΚΛΙΚΕΣ ΕΝΑΛΛΑΓΕΣ

Ο NREM και ο REM ύπνος εναλλάσσονται κυκλικά κατά τη διάρκεια της νύκτας, αρχίζοντας με NREM ύπνο ο οποίος διαρκεί περίπου 80 λεπτά και ακολουθείται από περίπου 10 λεπτά REM ύπνου. Αυτός ο κύκλος ύπνου, συνολικής διάρκειας 90 λεπτών, επαναλαμβάνεται τρεις έως έξι φορές κάθε νύκτα. Κατά τους διαδοχικούς αυτούς κύκλους, η διάρκεια του NREM ύπνου ελαττώνεται ενώ του REM ύπνου αυξάνεται. Το μεγαλύτερο ποσοστό ύπνου βραδέν κυμάτων περιρίζεται συνήθως στους δύο πρώτους υπνικούς κύκλους. Αυτή η συμ-

**Τα περισσότερα
όνειρα αλλά
και οι εφιάλτες
εμφανίζονται
κατά τη διάρκεια
του REM ύπνου,
ο οποίος συνήθως
καταλαμβάνει το
**20% -
25%**
του συνολικού
χρόνου ύπνου**



Μεταβολές του ύπνου με την ηλικία

Μεταβολές σε βασικές παραμέτρους του ύπνου συντελούνται από τη γέννηση μέχρι την ώριμη ηλικία, αν και ατομικές διαφορές παρατηρούνται σε όλες τις ηλικίες.

Μεταβολές με ιδιαίτερη κλινική σημασία είναι οι ακόλουθες:

■ Ο συνολικός χρόνος ύπνου μειώνεται με την ηλικία. Οι μέσες ημερήσιες τιμές είναι οι εξής: νεογέννητα 16 έως 18 ώρες· μικρά παιδιά 10 ώρες· έφηβοι 8 ώρες· ενήλικες 7,5 ώρες, με τάση μείωσης στα ηλικιωμένα άτομα.

■ Ο NREM ύπνος εμφανίζει μία συνολική μείωση στη διάρκεια της ζωής. Ο SWS είναι ιδιαίτερα σημαντικός στα μικρά παιδιά, τα οποία κοιμούνται πολύ βαθιά.

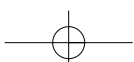
Η ελάττωσή του αρχίζει στην πρώιμη εφηβική ηλικία και συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής.

■ Το ποσοστό του REM ύπνου ελαττώνεται από 50% ή περισσότερο του συνολικού χρόνου ύπνου στα νεογέννητα, στο 20 με 25% στην ηλικία των 2 ετών. Το ποσοστό αυτό παραμένει περίπου σταθερό κατά τη διάρκεια της υπόλοιπης ζωής του ατόμου. Το υψηλό ποσοστό REM ύπνου στην πολύ πρώιμη περίοδο της ζωής υποδηλώνει τον ρόλο του REM ύπνου στην ωρίμαση του εγκεφάλου.

■ Οι κύκλοι NREM-REM ύπνου διαδέχονται ο ένας τον άλλον σε χρονικό διάστημα 50 έως 60 λεπτών στα βρέφη μέχρι την εφηβεία, μετά την οποία το διάστημα αυτό αυξάνεται στα 90 έως 100 λεπτά, και διατηρείται αμετάβλητος για όλη την ενήλικη ζωή.

■ Η συνέχεια του ύπνου είναι μέγιστη κατά την πρώιμη παιδική ηλικία και ελάχιστη κατά τις ακραίες περιόδους της ζωής. Τα βρέφη αφυπνίζονται εύκολα όπως και οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι επίσης ξυπνούν συχνότερα κατά τη διάρκεια της νύχτας. Η κατάπτωση του ύπνου από μικρής διάρκειας αφυπνίσεις χωρίς πραγματική εγρήγορση, περιγράφεται ως ιδιαίτερα συνήθης κατά την ώριμη ηλικία.

■ Οι κερκαδιανοί ρυθμοί ύπνου - εγρήγορσης μεταβάλλονται σημαντικά κατά την πρώιμη ανάπτυξη. Νεογνά πλήρους κύησης εμφανίζουν κύκλους ύπνου - εγρήγορσης διάρκειας 3 έως 4 ωρών. Οι υπνικές περίοδοι μεταπορίζονται σε μεγάλο βαθμό προς τη νύκτα και η περίοδος εγρήγορσης προς την ημέρα έως την ηλικία των 12 μηνών, εκτός από τον αβαθή ημερήσιο ύπνο που σταδιακά ελαττώνεται και συνήθως έχει σταματήσει μέχρι την ηλικία των περίπου 3 ετών. Ωστόσο, σε όλη την υπόλοιπη διάρκεια της ζωής παραμένει μία φυσιολογική τάση για τον απογευματινό ύπνο.



ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Ταξινόμηση των Διαταραχών Ύπνου

Η αναθεωρημένη Διεθνής Ταξινόμηση των Διαταραχών Ύπνου (Revised International Classification of Sleep Disorders, ICSD-R) ορίζει 80 ή περισσότερες διαφορετικές διαταραχές ύπνου που εμφανίζονται σε παιδιά και ενήλικες και ομαδοποιούνται σε τέσσερις κατηγορίες:

1 Δυσουπνίες. Είναι πρωτοπαθείς διαταραχές ύπνου, οι οποίες προκαλούν δυσκολία στην επέλευση

ή τη διατήρηση του ύπνου (αϋπνία), είτε υπέρμετρη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας (υπερυπνία). Διακρίνονται σε ενδογενείς διαταραχές ύπνου (προκαλούνται από εσωτερικούς παράγοντες), σε εξωγενείς διαταραχές ύπνου (προκαλούνται από εξωτερικούς παράγοντες) και σε διαταραχές του κίρκαδιανού ρυθμού ύπνου - εγρήγορσης (σχετίζονται με τον συγχρονισμό του ύπνου στη διάρκεια του εικοσιτετράωρου).

2 Παραϋπνίες. Είναι διαταραχές που εμφανίζονται επεισοδιακά κατά τη διάρκεια του ύπνου και υποδιαιρούνται ανάλογα με την φάση του ύπνου με την οποία σχετίζονται. Έτσι, χωρίζονται σε: διαταραχές ανόδου του επιπέδου συνειδησης (σχετιζόμενες με τον NREM ύπνο), διαταραχές μετάβασης ύπνου - εγρήγορσης και σε παραϋπνίες που συνήθως σχετίζονται με τον REM ύπνο. Στις παραϋπνίες υπάγονται κυρίως η υπνοβασία, οι νυχτερινοί τρόμοι και ο νυχτερινός μυόκλονος.

3 Υπνική άπνοια. Είναι ιδιαίτερης σημασίας διαταραχή του ύπνου και χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια πλήρους ή μερικής διακοπής της αναπνοής κατά τον ύπνο. Η διαταραχή αυτή απαντάται στο 3% περίπου του ενήλικου πληθυσμού και συχνά επιφέρει ή επιβαρύνει καρδιαγγειακές νόσους, γνωσιακά ελλείμματα, συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και σοβαρά ατυχήματα, λόγω της έντονης υπνηλίας που τη συνοδεύει. Εξαπίας των επιπτώσεών της, η υπνική άπνοια όταν δεν αντιμετωπίζεται κατάλληλα, μπορεί να αποβεί μοιραία.

4 Διαταραχές του ύπνου που σχετίζονται με ψυχικές, νευρολογικές ή άλλες σωματικές παθήσεις. Δεν αποτελούν πρωτοπαθείς διαταραχές του ύπνου, αλλά ψυχιατρικές ή ιατρικές καταστάσεις, στις οποίες η διαταραχή ύπνου είναι το κύριο χαρακτηριστικό σύμπτωμα.

Βατική σταδιοποίηση του ύπνου αφορά τη μακροδομή του ύπνου, όμως υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μικροδομική κατάτμηση του ύπνου από συχνές, σύντομες διεγέρσεις (που διαπιστώνονται κυρίως στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα) διάρκειας ολίγων δευτερολέπτων, χωρίς εμφανείς κλινικές εκδηλώσεις. Αυτή η ήπιας μορφής διάσπαση του ύπνου, η οποία «παραβλέπεται» από τη συμβατική σταδιοποίηση του ύπνου, βρέθηκε τελευταία ότι συσχετίζεται με διαταραχές της απόδοσης, της διάθεσης και της συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της ημέρας.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ

Ο συγχρονισμός του ύπνου ρυθμίζεται από έναν κίρκαδιανό βηματοδότη (δηλαδή από έναν ενδογενή νευροβιολογικό μηχανισμό, υπεύθυνο για την καθοδήγηση του ημερήσιου βιολογικού ρολογιού με ρυθμό περίπου ανά 24ωρο, στα λατινικά circa diem) που εντοπίζεται βαθιά στον εγκέφαλο (στον επονομαζόμενο υπερχιασματικό πυρήνα του υποθαλάμου). Χωρίς ένα περιβαλλοντικό ερέθισμα για την ώρα της ημέρας (ή χρονοδότη - από τον γερμανικό όρο zeitgeber), η διάρκεια του ελεύθερου κύκλου ύπνου - εγρήγορσης στους ανθρώπους έχει γενικά θεωρηθεί ότι είναι περίπου 25 ώρες.

Από μικρή ηλικία, ο ρυθμός ύπνου - εγρήγορσης του ατόμου πρέπει να συγχρονιστεί με τον 24ωρο ημερήσιο ρυθμό. Κύριος χρονοδότης μέσω του οποίου επιτυγχάνεται ο συγχρονισμός αυτός είναι το φως του ήλιου, μολονότι κάποιες κοινωνικές παράμετροι, όπως οι ώρες των γευμάτων ή άλλες κοινωνικές δραστηριότητες είναι εξίσου σημαντικές. Τέλος, ρόλο χρονοδότη μπορούν να έχουν και άλλες παράμετροι όπως η εξωτερική θερμοκρασία, οι θόρυβοι του περιβάλλοντος και διάφορα εσωτερικά ερεθίσματα όπως η πείνα, η μεταβολή της θερμοκρασίας και οι ορμονικές μεταβολές. Ο υπερχιασματικός πυρήνας ελέγχει επίσης άλλους βιολογικούς ρυθμούς, όπως αυτός της θερμοκρασίας του σώματος και της παραγωγής κορτιζόλης (είναι μια από τις ορμόνες του στρες), με τους οποίους ο ρυθμός ύπνου-εγρήγορσης συγχρονίζεται φυσιολογικά. Αντίθετα, μία άλλη ορμόνη, η αυξητική, συνδέεται στενά με τον κύκλο ύπνου - εγρήγορσης και απελευθερώνεται με την έναρξη του ύπνου

Βραδέων κυμάτων (SWS), ανεξάρτητα από τον χρόνο έλευσής του. Η ευρέως γνωστή ορμόνη μελατονίνη συνδέεται περισσότερο με τον κύκλο φωτός - σκότους παρά με τον κύκλο ύπνου - εγρήγορσης. Εκκρίνεται από την υπόφυση (είναι ο αδένας του εγκεφάλου) στο σκοτάδι, ενώ η παραγωγή της καταστέλλεται με την έκθεση στο έντονο φως.

Η μελατονίνη επηρεάζει τους κίρκαδιανούς ρυθμούς μέσω του βηματοδότη του υποθαλάμου (είναι μια δομή του εγκεφάλου), ο οποίος με τη σειρά του ρυθμίζει την έκκριση μελατονίνης μεταδίδοντας πληροφορίες σχετικά με το φως σε ορισμένες δομές του εγκεφάλου (στην επίφυση). ■

Σε κάθε άνθρωπο, ο ρυθμός ύπνου - εγρήγορσης καθορίζεται από το φως του ήλιου, αλλά και κοινωνικές παραμέτρους όπως οι ώρες των γευμάτων ή άλλες κοινωνικές δραστηριότητες. Ρόλο μπορεί επίσης να παίξουν παράμετροι όπως η εξωτερική θερμοκρασία, οι θόρυβοι του περιβάλλοντος και διάφορα εσωτερικά ερεθίσματα όπως η πείνα, η μεταβολή της σωματικής θερμοκρασίας και οι ορμονικές μεταβολές

Φυσικά Προϊόντα Περιποίησης για Μαλλιά & Σώμα



FRUTALIA

“φυσικά”



Αφρόλουτρα - Γαλακτώματα σώματος - Body Butters - Body Scrub - Σαμπουάν - Κρέμες μαλλιών - Μάσκες μαλλιών

ΕΔΡΑ: ΑΥΤΟΚΡΑΤΟΡΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΥ 2 - Τ.Κ. 11671 ΑΘΗΝΑ - www.alapis.eu
ΕΡΓ/ΣΙΟ ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ (κ. ΒΙΘΟΔΟΜΟΥ) ΟΔΗ ΣΑΜΑΡΙΣ ΝΤΑΥΑ - ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟ
Τ.Κ. 119402 - ΤΗΛ: 22990-61700, FAX: 22990-61704

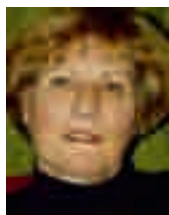
www.frutalia.gr



ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΡΟΛΟΪ ΤΟ **ΤΙΚ ΤΑΚ** ΤΗΣ ΖΩΗΣ



Η ΖΩΗ ΠΑΝΩ ΣΤΗ ΓΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΡΥΘΜΙΚΕΣ ΕΝΑΛΛΑΓΕΣ. ΟΡΑΤΕΣ ΚΑΙ ΑΟΡΑΤΕΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΦΑΙΝΟΜΕΝΩΝ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΡΥΘΜΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΑΥΤΗΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ.



Της
ΝΑΝΤΙΑΣ ΜΠΕΡΓΙΑΝΝΑΚΗ - ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗ

Αναπληρώτρια καθηγήτριας Ψυχιατρικής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, υπεύθυνη Εργαστηρίου Χρονοβιολογίας & Ύπνου στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ)

Οι αρχαίοι Έλληνες συμβόλιζαν την έννοια του ρυθμού σε έναν χρόνο που τον φαντάζονταν κυκλικό και τον απεικόνιζαν στη μυθολογική θεότητα Κρόνο ή Χρόνο, ο οποίος γεννούσε και καταβρόχθιζε αενάως τα παιδιά του. Σε άλλες θρησκείες, π.χ. στην ιουδαϊκή και χριστιανική, η αντίληψη του χρόνου εμφανίζεται σαν γραμμική και προϋποθέτει αρχή και τέλος.

Στη Βίβλο η αρχή του χρόνου περιγράφεται σαν ένα εξαιρετικό και μοναδικό γεγονός: «... και είπεν ο Θεός... γεννηθήτω το φως, και διαχωρίζετω ανάμεσα της ημέρας και της νυκτός... και εις ημέρας και εις ενιαυτούς... «... και ούτω άρξατω ο Χρόνος ημέρα τέταρτη της Γένεσης και ημέρα μία προ της εμφάνισης των ενζών επί της Γης...». Αυτή η προσέγγιση του χρόνου, που στο επίκεντρό της έχει το φως, διέπει όλη τη σύγχρονη αντίληψη και έρευνα της χρονοβιολογίας και των βιολογικών ρυθμών. Υπάρχουν πολλοί βιολογικοί ρυθμοί. Οι πιο σημαντικοί είναι ο βασικός ημερήσιος ρυθμός, γνωστός και σαν κιρκαδιανός (από τις λατινικές λέξεις circa diem = περίπου μία ημέρα), ο ενιαυσίος ή ετήσιος ρυθμός (circannual = περίπου ένα έτος) και ο σεληνιακός ή καταμήνιος (lunar).

Οι κιρκαδιανοί και οι ενιαυσίοι ρυθμοί συμβάλλουν σημαντικά στην προσαρμογή των εμβίων στους βασικότερους κύκλους του πλανητικού μας περιβάλλοντος, τους οποίους επιβάλλουν οι μεταβολές της θέσης της γης. Αυτές οι μεταβολές, που συνοδεύονται και από αντίστοιχες αλλαγές διαφόρων κοσμικών φαινομένων, αποτελούν τα εξωτερικά ερεθίσματα που ονομάζονται χρονοδότες (Zeitgebers)



γιατί συγχρονίζουν ή επί το λαϊκότερο «κουρδίζουν» έναν οργανισμό σε ένα συγκεκριμένο ρυθμό. Έτσι, όλα τα ζώα και τα φυτά ακολουθούν κατά παρόμοιο τρόπο αυτούς τους ρυθμούς.

Οι κυριότεροι βιολογικοί ρυθμοί φαίνεται ότι είναι γενετικά καθορισμένοι και κατά τη βιολογική εξέλιξη «εσωτερικεύθηκαν» μέσα σε κάθε κύτταρο και αποτελούν πλέον την έκφραση της ρυθμικότητας που αναπτύχθηκε στα έμβια πριν από περίπου 180 εκατομμύρια έτη στο πλαίσιο της προσαρμογής τους στην περιστροφική (περί τον άξονά της) και περιφορική (γύρω από τον ήλιο) κίνηση της γης.

Έτσι, μέσα από διάφορα βιολογικά συστήματα και ειδικούς υποδοχείς οι οργανισμοί έγιναν ευαίσθητοι δέκτες διαφόρων περιοδικών κοσμικών συμβάντων, όπως των μεταβολών του φωτός, των μεταβολών της κοσμικής ακτινοβολίας, της βαρομετρικής πίεσης, των μαγνητικών πεδίων και άλλων.

ΚΙΡΚΑΔΙΑΝΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το εσωτερικό κίρκαδιανό σύστημα ή κοινώς το βιολογικό ρολόι του ανθρώπινου οργανισμού αποτελείται από τρία κύρια μέρη:

α) Τους βηματοδότες, που στην περίπτωση του ανθρώπου (και πολλών άλλων ζώων) είναι πυρήνες του κεντρικού νευρικού συστήματος και βρίσκονται σε μία περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται υποθάλαμος, απ' όπου κυβερνούν τους βιολογικούς ρυθμούς του σώματος

β) Τις νευρικές ίνες που προσάγουν μεταξύ άλλων την ημερήσια διακύμανση του φωτός, την οποία προσλαμβάνουν από τα κύτταρα του αμφιβληστροειδούς χιτώνα του ματιού,

γ) Τις νευρικές ίνες που μεταφέρουν την κίρκαδιανή πληροφορία στον οργανισμό και κυρίως σε ένα άλλο κέντρο του εγκεφάλου (τη λεγόμενη επίφυση), προκαλώντας την σύνθεση και την έκκριση της ορμόνης μελατονίνη.

Η έκκριση της μελατονίνης αρχίζει δύο λεπτά μετά τη δύση του ηλίου και αναστέλλεται ένα λεπτό μετά την ανατολή του. Με αυτή την ευφυή διαδικασία ο οργανισμός αποκωδικοποιεί το ηλεκτρομαγνητικό σήμα (π.χ. φως) μετατρέποντάς το σε νευρομεταβιβαστικό ερέθισμα, το οποίο μέσα από μία βιοχημική αντίδραση συνθέτει μία ουσία (τη μελατονίνη). Η μελατονίνη μεταφέρεται στην κυκλοφορία του αίματος και με την ποσότητα και την διάρκεια της έκκρισής της διαβιβάζει το ανάλογο μήνυμα στα διάφορα όργανα του σώματος. Δηλαδή η μελατονίνη είναι κάτι σαν ένας βιολογικός «μετασχηματιστής» ή «διακόπτης».

ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ

Κατά τη διάρκεια της εξέλιξης των ειδών, τα περισσότερα ζώα «ειδικεύθηκαν» στο να προσαρμόζονται καλύτερα στο περιβάλλον της ημέρας ή στο περιβάλλον της νύκτας. Έτσι, όλα τα έμβια αναπτύσσουν δύο φάσεις ρυθμού και αντίστοιχα δύο βασικά βιολογικά ρολόγια, το ημερήσιο και το νυκτερινό. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνουν την ανάπτυξη ιδιοτήτων και μηχανισμών που τους επιτρέπουν ασφαλέστερη διαβίωση, αποφυγή κινδύνων και εξοικονόμηση του ενεργειακού αποθέματος.

Στα ζώα με ημερήσια δραστηριότητα, το ένα βιολογικό ρολόι - ταλα-

ντωπής σχετίζεται με τη δύση του ηλίου και συνδέεται με το μηχανισμό έναρξης του ύπνου και έκκρισης της μελατονίνης, ενώ το άλλο βιολογικό ρολόι συνδέεται με την ανατολή του ηλίου και σχετίζεται με τη διακοπή του ύπνου, την αναστολή της έκκρισης της μελατονίνης και την έναρξη της δραστηριότητας.

Στους ανθρώπους, η ημερήσια φάση συνοδεύεται από αύξηση της ενεργητικότητας και της θερμοκρασίας του σώματος και μείωση έως και αναστολή της έκκρισης διαφόρων ορμονών ενώ, αντίθετα, η νυκτερινή φάση χαρακτηρίζεται από απόσυρση, ύπνο, μείωση της θερμοκρασίας του σώματος και αύξηση της έκκρισης των νυκτερινών ορμονών. Ο βιολογικός χρόνος που καθορίζεται από τους ενδογενείς ρυθμούς επηρεάζει πολλές σημαντικές λειτουργίες του οργανισμού τόσο σωματικές όσο και νοητικές, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται η μάθηση, η μνήμη, η προσοχή και η συγκέντρωση, η εξάρτηση - απεξάρτηση από ένα ερέθισμα κ.ά. Η επιρροή αυτή σημαίνει λ.χ. ότι η μνημονική ικανότητα εμφανίζει ημερήσια διακύμανση, με περιόδους κατά τις οποίες η δυνατότητα της αυξάνεται ή μειώνεται σημαντικά.

Η οποιαδήποτε διαταραχή στη σχέση του κίρκαδιανού ρυθμού και του ρυθμού διακύμανσης της δραστηριότητας στον άνθρωπο σημαίνει «εσωτερική какоφωνία» και επηρεάζει μεγάλο τμήμα της ψυχικής διάθεσης, των νοητικών λειτουργιών, της εν γένει ανθρώπινης συμπεριφοράς και των σωματικών λειτουργιών.

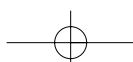
Στην «εσωτερική какоφωνία» μπορεί λ.χ. ένας ενδοκρινής αδένας να είναι στην φάση της μέγιστης παραγωγής και έκκρισης ακριβώς όταν το όργανο - αποδέκτης βρίσκεται σε φάση αδράνειας και δεν μπορεί να αξιοποιήσει την προτεινόμενη προσφορά ή η παραγωγή ενός ενζύμου να αφθονεί σε ώρες

που δεν υπάρχει η αντίστοιχη διαθέσιμη ουσία προς διάσπαση.

ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΤΟ ΤΖΕΤ ΛΑΓΚ

Παράδειγμα μιας τέτοιας «εσωτερικής какоφωνίας» παρατηρείται στο σύνδρομο Jet lag, το οποίο εμφανίζεται όταν ένα άτομο ταξιδεύει με αεροπλάνο προς διαφορετικές χρονικές ζώνες (transmeridian flights). Όταν το άτομο αυτό βρεθεί στη νέα χρονική ζώνη, ορισμένοι ρυθμοί του (όπως του ύπνου - εγρήγορσης και της έκκρισης αυξητικής ορμόνης) προσαρμόζονται σχεδόν αμέσως στην τοπική ώρα, ενώ άλλοι (όπως αυτοί της θερμοκρασίας του σώματος, της έκκρισης κορτιζόλης, της δυνατότητας για την παραγωγή του ύπνου των ταχείων οφθαλμικών κινήσεων ή ύπνου των ονείρων) προσαρμόζονται σταδιακά και πολύ αργότερα.

Έτσι, για ένα χρονικό διάστημα - μερικές φορές έως και δεκαπέντε ημερών -, ενώ ο οργανισμός βρίσκεται σε φάση νυκτερινής καταστολής, το εξωτερικό περιβάλλον καθώς και οι εγκεφαλικές και οι σωματικές δραστηριότητες απαιτούν πλήρη εγρήγορση. Το άτομο, ακριβώς λόγω αποσύνδεσης των βιολογικών του ρυθμών, αδυνατεί ν' ανταπεξέλθει και εμφανίζει χαρακτηριστικά συμπτώματα, όπως εξάντληση, μείωση της δυνατότητας συγκέντρωσης, μείωση της επίδοσης και



ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ



της απόδοσης, δυσκοιλιότητα ή διάρροια, αϋπνία, μείωση της όρεξης, πονοκέφαλο, διαταραχή της βραδινής όρασης (λόγω διατάραξης του κίρκαδιανού ρυθμού των κυττάρων που είναι υπεύθυνα για την έγχρωμη και μαυρόασπρη όραση), και περιορισμένη περιφερική όραση. Έχει υπολογισθεί ότι ο οργανισμός χρειάζεται περίπου μία ημέρα για κάθε ώρα αλλαγής. Φαίνεται ότι η προσαρμογή σε πτήσεις από Ανατολές προς Δυσμάς που σχετίζονται με καθυστέρηση της κίρκαδιανής φάσης του ρυθμού είναι γρηγορότερη από ό,τι σε πτήσεις από Δυσμάς προς Ανατολές που σχετίζονται με προχώρημα της κίρκαδιανής φάσης.

Οι πτήσεις από Ανατολές προς Δυσμάς απαιτούν κάτι λιγότερο από μια πλήρη αλλαγή της φάσης (8-10 ώρες) του κίρκαδιανού ρυθμού. Έτσι υπολογίζουμε ότι η προσαρμογή στον τόπο του προορισμού μπορεί να διαρκέσει έως και 10 ημέρες. Είναι δύσκολο να βοηθήσουμε τον οργανισμό στην προσαρμογή του. Μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί ικανοποιητική και σίγουρη αντιμετώπιση του Jet Lag. Η πιο απλή συμβουλή – η οποία μπορεί όμως να εφαρμοστεί μόνο για προορισμούς που η διαφορά τους δεν υπερβαίνει τις τρεις ώρες – είναι να διατηρηθεί ο συνήθης ρυθμός που έχει το άτομο στον τόπο τής μέχρι τούδε διαβίωσής του.

Μία δεύτερη δυνατότητα για διαφορές μεγαλύτερες των έξι ωρών είναι να αρχίσει με την προσαρμογή στο ωράριο του νέου προορισμού αρκετές ημέρες πριν. Σε μεγάλες διαφορές ωρών είναι καλό να παραμείνει κανείς σε εγρήγορση και να κοιμηθεί την ώρα που συνηθίζεται η κατάκλιση στον νέο του προορισμό.

Στις φαρμακευτικές προσπάθειες της αντιμετώπισης του Jet lag προτείνεται η λήψη μελατονίνης 20 λεπτά πριν από την επιθυμητή κατάκλιση ή η λήψη κάποιου υπνωτικού (υπνωτικού) με βραχεία διάρκεια δράσης.

ΟΤΑΝ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΝΑ ΚΟΙΜΗΘΕΙ ΝΩΡΙΣ

Μία άλλη διαταραχή που συνδέεται με την κίρκαδιανή δυσλειτουργία είναι το επανομαζόμενο σύνδρομο της καθυστέρησης της φάσης του

ύπνου. Πρόκειται για ένα μάλλον σπάνιο σύνδρομο, στο οποίο παρατηρείται δυσλειτουργία του κίρκαδιανού συστήματος και αδυναμία του κίρκαδιανού βηματοδότη να συντονιστεί στη φάση του φυσιολογικού ρυθμού ημέρας - νύκτας.

Τα άτομα με αυτό το σύνδρομο παρουσιάζουν αδυναμία επέλευσης του ύπνου κατά τις βραδινές ώρες, καθώς και αδυναμία διακοπής του κατά τις πρωινές ώρες – ή με απλά λόγια, τα άτομα αυ-

τά μένουν άπυνα σχεδόν μέχρι το πρωί και κοιμούνται κατόπιν έως το μεσημέρι ή ακόμη και νωρίς το απόγευμα.

Εάν οι πάσχοντες εξαναγκασθούν σε πρωινή αφύπνιση, τότε τόσο οι γνωσιακές τους επιδόσεις όσο και η συμπεριφορά τους παρουσιάζουν στοιχεία παρόμοια με εκείνα που περιγράφονται στην αποστέρηση του ύπνου ή στο σύνδρομο του Jet Lag.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις ενδείκνυται μία μέθοδος που λέγεται φωτοθεραπεία, κατά την οποία παρέχεται έντονο φως (πάνω από 3.000–6.000 Lux) τις πρωινές ώρες, ενώ τους στερείται το φως τις απογευματινές ώρες. Ο σκοπός αυτής της αντιμετώπισης είναι η σταδιακή αναπροσαρμογή του βηματοδότη στον εξωτερικό ρυθμό εναλλαγής ημέρας - νύκτας.

ΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΒΑΡΔΙΕΣ

Η πιο σοβαρή κατάσταση που σχετίζεται με την διατάραξη του κίρκαδιανού ρυθμού είναι αυτή που συμβαίνει σε εργασίες με εναλλασσόμενες βάρδιες, γνωστή και σαν shift work, κατά την οποία η 8ωρη ημερήσια εργασία εναλλάσσεται με νυκτερινό 8ωρο.

Αρκετά από τα άτομα με τέτοια εργασιακή συνθήκη παρουσιάζουν σε αρχικά στάδια συμπτώματα παρόμοια με αυτά του Jet lag. Αργότερα όμως τα συμπτώματα μπορεί να πολλαπλασιασθούν ή και να γίνουν πολύ ενόχλητα έως και σοβαρά, διότι σε αντίθεση με τους ταξιδιώτες των υπερατλαντικών πτή-

σεων που πρέπει να προσαρμοστούν μόνο μία φορά, τα άτομα που εργάζονται με εναλλασσόμενες βάρδιες ζουν συνεχώς και επανειλημμένες διαταραχές του κίρκαδιανού τους ρυθμού.

Με το πέρασμα του χρόνου, αυτοί οι εργαζόμενοι εμφανίζονται ποικίλες διαταραχές, που αφορούν κυρίως στον ύπνο όπως φτωχή ποιότητα ύπνου, δυσκολία στο ν' αποκοιμηθεί το άτομο, πολλά και συχνά ξυπνήματα, αϋπνία, κόπωση που δεν εξαφανίζεται μετά τον ύπνο, διαταραχές στη συμπεριφορά (όπως ευερεθιστότητα, αίσθημα αδιαθεσίας, ξεσπάσματα οργής), σωματικές διαταραχές (όπως δυσπεψία, πόνο στην κοιλιά, έλκος στομάχου) και μειωμένη απόδοση στην εργασία. Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι τα άτομα αυτά κάνουν ευρεία χρήση υπνωτικών σκευασμάτων.

Μελέτες έχουν δείξει πως τα άτομα που εργάζονταν συνεχώς με εναλλασσόμενες βάρδιες για πάνω από 15 χρόνια εμφάνιζαν σε μεγάλης

Όσοι εργάζονται σε νυκτερινή βάρδια (11 το βράδυ με 7 το πρωί) καλό είναι να κοιμούνται το απόγευμα (από τις 2 το μεσημέρι έως τις 10 το βράδυ) και όχι το πρωί όπως πολλοί συνηθίζουν (δηλαδή από τις 8 το πρωί έως τις 3 το μεσημέρι)

Πώς να νικήσετε το τζετ λαγκ

τερα ποσοστά πονοκεφάλους και μειωμένη σεξουαλικότητα, αλλά επίσης διέτρεχαν και αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ισχαιμικών καρδιακών επεισοδίων και καρκίνου. Ιδιαίτερα οι γυναίκες είχαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, πιθανώς λόγω μειωμένης έκκρισης της νυκτερινής μελατονίνης η οποία θεωρείται προστατευτικός παράγοντας που αναστέλλει την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων.

Εκτός από τα υποκειμενικά συμπτώματα φαίνεται ότι στις μη κοινωνικές βάρδιες (εκτός κίρκας-κιρκιανού ωραρίου) συμβαίνουν και περισσότερες καταστροφές στους χώρους εργασίας, που οφείλονται προφανώς στην κίρκας-κιρκιανή αποσύνδεση των γνωστικών λειτουργιών και του ύπνου. Έχουν προταθεί διάφορα σχήματα βάρδιας ώστε να περιοριστούν οι βλαπτικές επιπτώσεις της εναλλαγής και της διατάραξης του κίρκας-κιρκιανού ρυθμού, ιδιαίτερα σε άτομα που είναι περισσότερο ευάλωτα σ' αυτές τις διαταραχές. Όμως μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί μία ικανοποιητική μέθοδος για ν' αντιμετωπίσουμε τις σοβαρές και πιθανά επικίνδυνες για τη σωματική και ψυχική υγεία συνέπειες που μπορεί να προκληθούν από την εργασία με εναλλασσόμενο ωράριο.

Από απόψεως κίρκας-κιρκιανής και από έρευνες που έχουν γίνει, εάν η εναλλαγή της βάρδιας διατηρεί ένα ρυθμό πάνω από μήνα, προκαλεί λιγότερες δυσκολίες στο άτομο. Επίσης για τα άτομα που εργάζονται σε νυκτερινή βάρ-

■ **Αν η διαφορά της ώρας δεν υπερβαίνει τις 3 ώρες, διατηρήστε τον συνήθη ρυθμό που έχετε στον τόπο διαβίωσής σας**

■ **Αν η διαφορά είναι 6 ώρες ή περισσότερες, αρχίστε αρκετές μέρες πριν από το ταξίδι να προσαρμόζεστε στο ωράριο του νέου προορισμού**

■ **Αν η διαφορά ώρας είναι μεγάλη, καλό να παραμένετε ξύπνιοι και να κοιμάστε την ώρα που συνηθίζεται η κατάκλιση στον νέο προορισμό**

■ **Αν χρειάζεστε φαρμακευτική βοήθεια, μπορείτε να πάρετε μελατονίνη 20 λεπτά πριν από την επιθυμητή κατάκλιση ή κάποιο υπνωτικό με βραχεία διάρκεια δράσης**

δια (11 το βράδυ με 7 το πρωί) προτείνεται σαν καλύτερος ο απογευματινός ύπνος από τις 2 το μεσημέρι έως τις 10 το βράδυ σε αντίθεση με τον πρωινό που συνηθώς τελείται από τις 8 το πρωί έως τις 3 το μεσημέρι.

Έχει βρεθεί ότι με τέτοιο σχέδιο ύπνου υπάρχουν λιγότερες επιπτώσεις στην υγεία αλλά και στις γνωστικές λειτουργίες κατά την διάρκεια της βάρδιας. Ευελπιστούμε ότι στο μέλλον, με την έρευνα διαφόρων βιολογικών ρυθμών και την παράλληλη ανάπτυξη παραγόντων που μπορεί να επιδρούν στα βιολογικά ρολόγια του οργανισμού, θα μπορέσουμε ν' αντιμετωπίσουμε τις διαταραχές που προκύπτουν από τις εναλλασσόμενες βάρδιες οι οποίες λόγω του σύγχρονου τεχνολογικού πολιτισμού και της αστυφιλίας είναι απαραίτητες και αυξάνονται συνεχώς. ■

my
office
services

**Το γραφείο σας,
κάθε στιγμή από οποιοδήποτε σημείο!**

Γραμματειακές Υπηρεσίες εξ αποστάσεως μέσω Τηλεφωνίας & Internet / Τηλεγραμματοεία
Web Based Secretarial Services - Virtual Office

Η My Office παρέχει υψηλού επιπέδου Γραμματειακές Υπηρεσίες σε προσιτό κόστος, μέσα από τη χρήση προηγμένης τηλεπικοινωνιακής και διαδικτυακής υποδομής. Απευθύνεται σε ελεύθερους επαγγελματίες και μικρές επιχειρήσεις που εδρεύουν σε όλη την Ελλάδα και δεν έχουν γραμματεία ή έχουν ανάγκη να την ενισχύσουν.

Για σωστή οργάνωση, άμεσες λύσεις, ευελιξία και εξοικονόμηση χρόνου σε χαμηλό κόστος, απλά μπειτε στο **www.myoffice.gr** ή επικοινωνήστε στο **210 51 58 500**



ΑΨΠΝΙΑ

ΜΑΤΙΑ ΕΡΜΗΤΙΚΑ ΑΝΟΙΧΤΑ

ΠΑΡΟΤΙ Η ΑΨΠΝΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΤΗ ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΎΠΝΟΥ ΚΑΙ Ο ΚΑΘΕΝΑΣ ΑΥΘΟΡΜΗΤΑ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΑΨΠΝΙΑ, Ο ΑΚΡΙΒΗΣ ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟΝΟΗΤΟΣ ΓΙΑΤΙ ΥΠΕΙΣΕΡΧΕΤΑΙ Η ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ. ΓΙΑ ΤΟΝ ΛΟΓΟ ΑΥΤΟ, ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ ΕΧΟΥΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΕΙ ΜΙΑ ΣΕΙΡΑ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ, ΜΕ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΔΙΑΓΙΓΝΩΣΚΕΤΑΙ Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΨΠΝΙΑ.

Του
ΘΩΜΑ ΠΑΠΑΡΗΓΟΠΟΥΛΟΥ
Επικούρου καθηγητή Ψυχιατρικής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας όπως και την Αμερικανική Ακαδημία της Ιατρικής του Ύπνου, ως αΨπνία ορίζεται η δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί ή να συντηρήσει τον ύπνο του, καθώς και η κακή ποιότητά του (έλλειψη αναζωογονητικού ύπνου).

Όσοι πάσχουν από αΨπνία παραπονούνται είτε για καθυστερημένη επέλευση του ύπνου είτε για δυσκολία συντήρησής του κατά τη διάρκεια της νύχτας ή, τέλος, για πρόωπη πρωινή αφύπνιση. Στις περιπτώσεις αυτές, η ποσότητα του ύπνου είναι πράγματι μειωμένη, αλλά επιπλέον και η ποιότητά του δεν είναι ικανοποιητική.

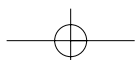
Επίσης, το άτομο που πάσχει από αΨπνία εκφράζει έντονη δυσφορία, υπεραπασχολείται με το πρόβλημα του ύπνου και εκφράζει υπερβολικούς φόβους για την αΨπνία και τις ενδεχόμενες συνέπειές της στη συμπεριφορά, στη λειτουργικότητά του και στην υγεία του.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να τεθεί η διάγνωση της αΨπνίας είναι τα συμπτώματά της να είναι παρόντα τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα

επί ένα μήνα. Από τα προαναφερόμενα κριτήρια γίνεται φανερό ότι η αΨπνία είναι υποκειμενικό ενόχλημα και πρέπει να αντιμετωπίζεται ως τέτοιο. Για παράδειγμα, υπάρχουν άνθρωποι που μπορεί να κοιμούνται 4-5 ώρες την ημέρα και ο ύπνος να τους επαρκεί απολύτως και να νιώθουν φρέσκοι. Αντίθετα, μπορεί κάποιος να κοιμάται αρκετά περισσότερο από τον μέσο όρο και ο ύπνος του να μην τον ξεκουράζει με αποτέλεσμα να θεωρεί ότι πάσχει από αΨπνία. Συνεπώς η ποσότητα του ύπνου διαφοροποιείται από άνθρωπο σε άνθρωπο. Το φαινόμενο αυτό είναι κατά βάση γενετικά καθορισμένο και σχετίζεται με το εσωτερικό βιολογικό ρολόι του οργανισμού.

Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Τουλάχιστον 10% των ενηλίκων αναφέρει σοβαρό ή χρόνιο πρόβλημα αΨπνίας και επιπλέον 27% εμφανίζει περιστασιακά προβλήματα αΨπνίας. Δηλαδή περίπου το 1/3 του γενικού πληθυσμού εμφανίζει τουλάχιστον



περιστασιακά προβλήματα του τύπου της αϋπνίας. Η συχνότητά της αυξάνεται με την ηλικία ώστε περίπου 50% των ηλικιωμένων αναφέρουν αϋπνία και είναι δυσαρεστημένοι από την ποιότητα του ύπνου τους. Επίσης, η αϋπνία είναι σημαντικά συχνότερη στις γυναίκες, στους εργαζόμενους σε βάρδιες και στα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές όπως και σε ασθενείς με ιατρικά νοσήματα, κυρίως επώδυνα σύνδρομα.

Σημειωτέον πως παρότι η αϋπνία αποτελεί συχνότατο πρόβλημα στον γενικό πληθυσμό, από αυτούς που αναγνωρίζουν το πρόβλημα μόνο το ένα τρίτο αναζητά βοήθεια και αντιμετωπίζεται θεραπευτικά. Εξάλλου, γνωρίζουμε ότι στην εποχή μας ο χρόνος που περνάμε κοιμώμενοι είναι κατά 20% λιγότερος σε σχέση με εκείνον που καταναλώναν οι άνθρωποι μόλις πριν από 100 χρόνια και ότι το πρόβλημα του μειωμένου ύπνου φαίνεται να επεκτείνεται και σε νεαρότερες ηλικίες, καθώς πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι μεγάλο ποσοστό εμφανίζει σημαντική καθυστέρηση στην επέλευση του ύπνου ή αναφέρει ανεπαρκή διάρκεια ύπνου.

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ

Η αϋπνία διακρίνεται σε πρωτοπαθή (ιδιοπαθή αϋπνία) και δευτεροπαθή (μη ιδιοπαθή αϋπνία), ανάλογα με το κατά πόσον οφείλεται σε κάποια άλλη πάθηση ή κατάσταση, ή όχι.

Η δευτεροπαθή αϋπνία αποτελεί τη συχνότερη μορφή αϋπνίας και είναι υπεύθυνη τουλάχιστον για τα τρία τέταρτα των περιπτώσεων αϋπνίας.

Τα συνηθέστερα αίτια της δευτεροπαθούς αϋπνίας είναι ο σύγχρονος τρόπος ζωής και οι συνθήκες του περιβάλλοντος που διαταράσσουν τον ημερήσιο/κυρκαδιανό ρυθμό του οργανισμού (π.χ. εργασία σε βάρδιες, εναλλασσόμενο ωράριο εργασίας), το στρες και τα ψυχοπρωτοπαθή γεγονότα ζωής, πολλά ιατρικά νοσήματα, νευρολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές (κυρίως αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές), η χρήση και κατάχρηση διαφόρων φαρμάκων και ψυχοτρόπων εθιστικών ουσιών και, τέλος, διάφορες πρωτοπαθείς διαταραχές του ύπνου (π.χ. υπνική άπνοια, σύνδρομο ανήσυχων πο-

10%
των ενηλίκων
αναφέρουν
σοβαρό ή χρόνιο
πρόβλημα αϋπνίας

27%
των ενηλίκων
εμφανίζουν
περιστασιακά
προβλήματα
αϋπνίας

50%
των ηλικιωμένων
πάσχουν από
αϋπνία

Ασθένειες που μπορεί να προκαλέσουν αϋπνία



ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

- Στεφανιαία ανεπάρκεια
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Αρρυθμίες

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
- Άσθμα
- Σύνδρομο άπνοιας κατά τον ύπνο
- Ρινική απόφραξη ποικίλης αιτιολογίας

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΥΡΟΓΕΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

- Πολυουρία ποικίλης αιτιολογίας / Νεφρική ανεπάρκεια
- Συχνουρία ποικίλης αιτιολογίας
- Κausαλγίες κύστης

ΆΛΛΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

- Πόνοι ποικίλης αιτιολογίας
- Αρθρίτιδες (ρευματοειδής αρθρίτις, οστεοαρθρίτις)
- Ινομυαλγία
- Κακοήθειες
- Πυρετός
- Εγκυμοσύνη
- Ραγδαία απώλεια βάρους

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

- Οισοφαγίτις
- Διαφραγματοκήλη
- Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση
- Γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος
- Διαρροϊκά σύνδρομα
- Τυμπανισμός
- Δυσπεψία

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

- Θυρεοειδοπάθειες
- Φαιοχρωμοκύτωμα

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

- Κεφαλαλγίες
- Νόσος Πάρκινσον
- Θαλαμικά σύνδρομα
- Εγκεφαλίτιδες
- Εκφυλιστικά νοσήματα του ΚΝΣ / Νόσος Alzheimer
- Πολλαπλή Σκλήρυνση
- Μυελίτιδες
- Περιφερικές νευρίτιδες - Μεταβολικές και άλλες νευροπάθειες
- Βαριά μυασθένεια



διών).

ΦΑΥΛΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

Η πρωτοπαθής αϋπνία συνοδεύεται από επίκτητες μαθημένες συμπεριφορές και συσχετίσεις που δεν ευοδώνουν τον ύπνο, όπως υπερβολική προσπάθεια να κοιμηθεί κανείς όταν το επιθυμεί και «αντανακλαστική» εγρήγορση σε καταστάσεις που φυσιολογικά επάγουν τον ύπνο. Έτσι, ο ασθενής κοιμάται ευκολότερα υπό περιστάσεις που δεν έχουν συνδεθεί με την επέλευση του ύπνου. Η υπεραπασχόληση με τον ύπνο και η υπερβολική προσπάθεια να κοιμηθεί κάποιος οδηγεί σε ψυχοφυσιολογική ενεργοποίηση και υπερεγρήγορση, δηλαδή σε συμπτώματα αυξημένης σωματικής έντασης (ανησυχία, μυϊκή ένταση, αυξημένη αγγειοσυστολή) που είναι ασύμβατα με τον ύπνο και μοιραία οδηγούν σε αϋπνία.

Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε φαύλο κύκλο, όπου τα συμπτώματα της εγρήγορσης οδηγούν σε αϋπνία και υπερβολικό φόβο για αϋπνία, καταστάσεις που επανατροφοδοτούν την αύξηση του επιπέδου εγρήγορσης και τανάπαλιν. Συνήθως η έναρξη της πρωτοπαθούς αϋπνίας σχετίζεται με κάποια εξωτερική ή εσωτερική ψυχοπνευματική κατάσταση που παρότι τελικά παρέχεται, η αϋπνία παραμένει και «αυτονομεύεται». Γι' αυτό, η πρωτοπαθής αϋπνία εφό-

σον δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα έχει την τάση να μεταπέσει σε χρόνια και δυσίατη κατάσταση.

Στη δευτεροπαθή αϋπνία, η εμφάνιση των συμπτωμάτων μπορεί να οφείλεται σε συνδυασμό παραγόντων όπως η διαταραχή των νευροφυσιολογικών μηχανισμών του ύπνου λόγω κάποιου νευρολογικού νοσήματος, η παρεμπόδιση του ύπνου λόγω συμπτωμάτων από την υποκείμενη νόσο (π.χ. νυκτουρία και πολυουρία, αναπνευστική δυσχέρεια, πόνος), λόγω φαρμακευτικής αγωγής που μπορεί να επάγει αϋπνία και λόγω του στρες που συνεπάγεται η σωματική ασθένεια. Πρέπει να σημειωθεί ότι η χρόνια αϋπνία δεν αποτελεί πρόβλημα αποκλειστικά της νύχτας, όπως ευρύτατα πιστευόταν. Υπάρχουν ισχυρά επιστημονικά δεδομένα που δείχνουν ότι η αϋπνία αποτελεί διαταραχή ολόκληρου του 24ώρου.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΚΑΙ ΔΙΑΙΩΝΙΖΟΥΝ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που προδιαθέτουν, δρουν εκλυτικά και διαιωνίζουν το πρόβλημα της αϋπνίας. Οι σημαντικότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η προχωρημένη ηλικία (ένας στους δύο ηλικιωμένους άνω των 65 ετών πάσχει από αϋπνία), το γυναικείο φύλο, η μη προνομιακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (π.χ. αγχώδη και ψυχαναγκαστικά στοιχεία της προσωπικότητας, εσωστρέφεια και αδυναμία εξωτερίκευσης των συναισθημάτων) και η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας. Συχνότεροι εκλυτικοί παράγοντες είναι η συσσώρευση ψυχολογικής δυσφορίας, τα αρνητικά γεγονότα ζωής και οι μεταβολές που συμβαίνουν κατά την περίοδο της υποστροφής.

Τέλος, οι σημαντικότεροι παράγοντες διαιώνισης της αϋπνίας είναι οι κακές συνήθειες του ύπνου, τα ακανόνιστα ωράρια, ο φόβος της αϋπνίας και διάφορες εσφαλμένες πεποιθήσεις σχετικά με τον φυσιολογικό ύπνο και τις συνέπειες της αϋπνίας.

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ο ύπνος είναι μια σημαντική φυσιολογική διαδικασία αναζωογόνησης του οργανισμού, απαραίτητη για τη σωματική και διανοητική υγεία του ανθρώπου.

Η αϋπνία μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στη μνήμη και τη συγκέντρωση, τη μάθηση, το καρδιαγγειακό, το ανοσοποιητικό (τα άτομα που στερούνται τον ύπνο είναι πιο ευάλωτα σε λοιμώξεις), το ορμονικό, το νευρικό σύστημα, ακόμη και στην κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου.

Γενικώς έχει διαπιστωθεί ότι οι αϋπνικοί παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο γενικής νοσηρότητας, όπως να εμφανίσουν παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος ή διαβήτη, καθόσον η χρόνια έλλειψη

35% όσων έχουν πρόβλημα ζητούν ιατρική βοήθεια

20% λιγότερος ο χρόνος που κοιμόμαστε σήμερα

2 φορές περισσότερα τα τροχαία σε όσους έχουν αϋπνία



ύπνου μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση αντίστασης στην ινσουλίνη και την παχυσαρκία.

Πέραν αυτού, φαίνεται ότι η αϋπνία σχετίζεται στενά με ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Είναι χαρακτηριστικό ότι ασθενείς που πάσχουν από αϋπνία για μεγάλο διάστημα έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη σε σχέση με τους μη πάσχοντες, ενώ όταν η αϋπνία αντιμετωπίζεται έγκαιρα, η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης είναι ίδια με αυτή που συναντάται στον γενικό πληθυσμό.

Επίσης, η αϋπνία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για κατάχρηση αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών. Εξάλλου, είναι πλέον γνωστό ότι ο ύπνος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παγίωση της μνήμης και τη μάθηση, γι' αυτό και η συγκέντρωση και η απόδοση ενός ατόμου σε διάφορες γνωστικές δοκιμασίες είναι κατά πολύ μειωμένη όταν υπάρχει στέρηση ύπνου. Εκτός από τις αμιγώς ιατρικές και ψυχολογικές επιπτώσεις, η αϋπνία αυξάνει την επιρρέπεια σε ατυχήματα (τροχαία, εργατικά ατυχήματα, πτώσεις), όπως χαρακτηριστικά φαίνεται από τον διπλάσιο αριθμό τροχαίων ατυχημάτων στα άτομα που δεν είναι ικανοποιημένα από την ποιότητα του ύπνου τους, μειώνει τη λειτουργικότητα του ανθρώπου, επιδεινώνει την ποιότητα ζωής του και διαταράσσει τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Τέλος, επιβαρύνεται συνολικά το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης χρήσης και αυξάνει ο αριθμός ημερών ανικανότητας και οι απουσίες από την εργασία.

Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η κλινική εκτίμηση της αϋπνίας απαιτεί τη λήψη λεπτομερούς ιατρικού και ψυχιατρικού προσωπικού ιστορικού και φυσική εξέταση του πάσχοντος. Για την ορθή αξιολόγηση του προβλήματος μπορεί να απαιτηθεί η συμπλήρωση ημερολόγιου ύπνου για διάστημα κάποιων εβδομάδων, όπου καταγράφονται στοιχεία σχετικά με τις συνήθειες του ύπνου αλλά και τις λοιπές καθημερινές δραστηριότητες (διαιτητικές συνήθειες, λήψη φαρμάκων συμπεριλαμβανομένων των φυτικών, λήψη αλκοόλ και καφεΐνης, κάπνισμα, άσκηση, ώρα έναρξης ύπνου και ώρα πρωινής αφύπνισης, αριθμός αφυπνίσεων, περίοδοι υπερβολικής τάσης για ύπνο κατά την ημέρα, μικρο-ύπνοι κ.λπ.). Η αξιολόγη-

ση του προβλήματος μπορεί να υποβοηθηθεί και με τη χορήγηση ειδικά σχεδιασμένων ερωτηματολογίων και κλιμάκων, που ανιχνεύουν και αξιολογούν τη βαρύτητα του προβλήματος της αϋπνίας ή της ημερήσιας υπνηλίας (όπως η Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών και η Κλίμακα Υπνηλίας Epworth). Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να απαιτηθεί επιπλέον η μελέτη του ασθενούς με πολυ-υπνογραφία σε κάποιο ειδικό εργαστήριο μελέτης του ύπνου.

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Για τη θεραπεία της αϋπνίας απαιτείται πολυδιάστατη αντιμετώπιση, συνήθως από ειδικούς,

Μήπως έχετε αϋπνία;

Όταν πληρούνται τα κριτήρια που ακολουθούν, ένας άνθρωπος πάσχει από αϋπνία:

- Ανεπαρκής (για το άτομο) διάρκεια ύπνου.
- Μη ικανοποιητική ποιότητα ύπνου.
- Έντονη δυσφορία λόγω του προβλήματος και υπεραπασχόληση με αυτό.
- Επηρεάζονται δυσμενώς οι συνήθειες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.
- Το πρόβλημα είναι παρόν τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα για διάστημα τουλάχιστον ενός μήνα.

ΠΗΓΗ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO 1992, Geneva



ΔΙΚΤΥΟ ΔΙΑΤΟΠΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΝΑΠΤΥΣΙΑΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ
ΚΙΛΚΙΣ, ΗΜΑΘΙΑΣ, ΞΑΝΘΗΣ, ΣΕΡΡΩΝ, ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ

Εσύ, το πήρες μυρωδιά;

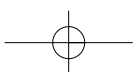
Ανάπτυξη με άρωμα ποιότητας

Το Δίκτυο Αναπτυξιακών Εταιρειών "Άρωμα Ποιότητας" στα πλαίσια του Ε.Π. Κ.Π. LEADER+ σου προφέρει ένα παρόμοιο στον κόσμο των προϊόντων υπέρ προσιμότητα και φαρμακευτικά φυτά δημοφιλούς.

- Ειδική δικτυακή πύλη στο Internet, με τα τελευταία δεδομένα έρευνας αγοράς του κλάδου και των τεχνολογικών πατωμαγής
- Ηλεκτρονική βάση δεδομένων με προμηθευτές και μεταποιητές
- Επιχειρηματικό Οδηγό για να ξεκινήσεις την δική σου επιχείρηση
- Ηλεκτρονικό και έντυπο πληροφοριακό υλικό

Δε η συνεργασιμοδότηση του Υπουργείου Αγροτικής Ανάπτυξης & Τροφίμων και του ΕΥΡΕΤΕΤ-Π





Φάρμακα και ουσίες που επηρεάζουν τον ύπνο



ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

- Αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs)
- Βουπροπιόνη
- Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs)
- Βενλαφαξίνη

ΣΥΜΠΑΘΟΜΙΜΗΤΙΚΕΣ ΑΜΙΝΕΣ

- Βρογχοδιασταλτικά (τερβουταλίνη, αλβουτερόλη, σαλμετερόλη, μεταπροτερενόλη)
- Παράγωγα Ξανθινών (θεοφυλλίνη)
- Αποσυμφορητικά (Φαινυλπροπανολαμίνη, ψευδοεφεδρίνη)

ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΑ

- Ipratropium bromide
- Διφαινουδραμίνη

ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ

- Οξική Γκοσερελίνη
- Οξική Λεουπρολίδη
- Πεντοστατίνη
- Δαουνορουβισίνη
- Ιντερφερόνη Άλφα

ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΑ

- Κλονιδίνη
- β-αναστολείς (προπρανολόλη, ατενολόλη, πινδολόλη)
- α-μεθυλντόπα
- Αναστολείς διαύλων ασβεστίου
- Διουρητικά / Ρεσερπίνη

ΑΛΚΟΟΛ (οξεία κατάχρηση / διακοπή αλκοόλ)

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ

- Νευρολογικά
- Αντιεπιληπτικά (φαινοϊνίνη, τοπιραμάτη, λαμοτριγίνη)
- Διεγερτικά ΚΝΣ (αμφεταμίνη/μεθυλφαινιδάτη)
- Κατασταλτικά ΚΝΣ και Υπνωτικά (όταν αναπτύσσεται ανοχή ή επί διακοπής)
- Αντιπαρκινσονικά (Λεβοντόπα)

ΔΙΑΦΟΡΑ

- Αντιαρρυθμικά (κινιδίνη)
- Κορτικοστεροειδή
- Νικοτίνη
- Καφεΐνη
- Σοκολάτα
- Εθιστικές ουσίες (κοκαΐνη, κάνναβις, οπιοειδή)

εφόσον αποτελεί κατάσταση ποικίλης αιτιοπαθογένειας.

Η πρώιμη εγκαθίδρυση καλής σχέσης ασθενούς - ιατρού είναι βασικότατη, ώστε να διερευνηθεί γιατί ο ασθενής επικεντρώνει με υπερβολικό τρόπο στο «πρόβλημα του ύπνου». Έτσι θα αποφευχθούν παγίδες όπως ο ιατρός να μην εκτιμήσει επαρκώς το πρόβλημα και κάποιες από τις αιτιάσεις του ασθενούς να παραβλεφθούν. Επίσης, δεν πρέπει απλώς να συνταγογραφείται κάποιο υπνωτικό και να αποκλείονται άλλες θεραπευτικές δυνατότητες. Συνήθως ενδείκνυται ο εξεταστικώς συνδυασμός μη φαρμακευτικής και φαρμακευτικής αντιμετώπισης. Η χρήση των υπνωτικών πρέπει να περιορίζεται κυρίως κατά την αρχική φάση, με σκοπό τη δημιουργία αισθήματος ελέγχου του ύπνου από τον ασθενικό ή αυτά να χρησιμοποιούνται περιστασιακά «κατά την ανάγκη».

Η χορήγησή τους πρέπει να συνοδεύεται από εκπαίδευση και επικέντρωση της προσοχής στους κινδύνους από τη χρόνια χρήση τους.

Τέλος, πρέπει να επιδιώκεται η κατάλληλη εφαρμογή διαφόρων ψυχοθεραπευτικών τεχνικών, ιδίως κατά τη φάση ύφεσης της αϋπνίας, με σκοπό την αντιμετώπιση όλων των παραγόντων που συμμετέχουν στην ανάπτυξη και διαιώνισή της.

Γενικώς, η θεραπευτική αντιμετώπιση της αϋπνίας συνίσταται κατ' αρχάς στην αντιμετώπιση της υποκείμενης πρωτογενούς διαταραχής εφόσον υπάρχει. Κατά δεύτερον, εφαρμόζονται μέτρα υγιεινής του ύπνου, χορηγούνται αγχολυτικά και υπνωτικά φάρμακα για περιορισμένο χρονικό διάστημα και χρησιμοποιούνται ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι για την αντιμετώπισή της (κυρίως γνωσιακού - συμπεριφορικού τύπου ψυχοθεραπεία και διάφορες τεχνικές χαλάρωσης).

Πρωταρχικής σημασίας είναι η εφαρμογή των μέτρων υγιεινής που ευοδώνουν τον ύπνο, δηλαδή:

- Έγερση και κατάκλιση την ίδια ώρα κάθε μέρα.
- Αποφυγή των σύντομων ύπνων κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Διακοπή χρήσης φαρμάκων και ουσιών που δρουν διεγερτικά στο ΚΝΣ.
- Προγραμματισμένη σωματική άσκηση κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Αποφυγή δραστηριοτήτων που ευοδώνουν την εγρήγορση πριν από τον νυχτερινό ύπνο.
- Χαλαρές και ευχάριστες δραστηριότητες κατά τις απογευματινές ώρες.
- Αποφυγή μεγάλων νυκτερινών γευμάτων.
- Μέριμνα για άνετες συνθήκες ύπνου.

Τέλος, πρέπει να γίνει προσπάθεια ευαισθητοποίησης τόσο του κοινού όσο και των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας, για τη σημασία του επαρκούς σε ποσότητα και ικανοποιητικής ποιότητας ύπνου. ■



Nature's Plus®

The Energy Supplements®



TRIM-PLEX

Η φημισμένη
φόρμουλα αδυνατίσματος

Μηλόξυδο + Λεκιθίνη + Kelp + Βιταμίνη B-6

Αποτελεσματική: κατά του πάχους και της κατακράτησης υγρών.
Οικονομική: 27,60 € το κουτί που διαρκεί 1 μήνα.

ΠΑΡΑΔΟΞΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΦΟΡΜΟΥΛΑΣ

ΜΗΛΟΞΥΔΟ: Μειώνει την κατακράτηση υγρών που κάνουν το σώμα να φαίνεται παχύτερο.

ΛΕΚΙΘΙΝΗ: Διαλύει τα λίπη (μεταξύ των οποίων και τη χοληστερίνη) και βοηθάει στην αποβολή τους από το σώμα.

ΚΕΛΠ: Φύκι πλούσιο σε ιώδιο, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Βοηθάει στην καλή λειτουργία του θυρεοειδούς, βελτιώνοντας έτσι το μεταβολισμό, αυξάνοντας τις καύσεις και συμβάλλοντας στο αδυνάτισμα.

Σημείωση: Όσοι παίρνουν φάρμακα για το θυρεοειδή να συμβουλευτούν τα γατρό τους πριν πάρουν κάποιο προϊόν που περιέχει ιώδιο.

ΒΙΤΑΜΙΝΗ B-6: Βοηθάει στην καύση των λιπών, ενώ έχει ήπια διουρητική δράση, περιορίζοντας έτσι το πρήξιμο που έχουν ορισμένα άτομα, λόγω κατακράτησης υγρών.

Γεν. Αντ/πος: NATURAL PLUS AE | Αγ. Γεωργίου 14 | 151 27 Μεδίσσια

Τηλ.: 210 61.32.478, 210 61.34.604 | www.naturesplus.com

Β. Ελλάδα: Τηλ. 2310 430035, Κύπρος: V.KHERBA, Τηλ.: 00357 257.61.276

ΑΨΠΝΙΑ

ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΗΣ
ΑΨΠΝΙΑΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ
ΚΥΡΙΩΣ ΥΠΝΩΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ,
ΑΝ ΚΑΙ ΣΠΑΝΙΟΤΕΡΑ ΜΠΟΡΕΙ

ΝΑ ΧΟΡΗΓΗΘΟΥΝ ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΣΤΑΜΙΝΙΚΑ, ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΚΑΠΟΙΑ
ΑΝΤΨΥΧΩΣΙΚΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΥΝΗΘΩΣ
ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ ΟΤΑΝ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΑΙ ΤΑ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.

Ωs υπνωτικά, παλαιότερα χρησιμοποιούσαν τα βαρβιτουρικά, από πεντηκονταετίες δε περίπου τις βενζοδιαζεπίνες, οι οποίες έχουν σαφώς ασφαλέστερο προφίλ από τα πρώτα, ενώ υπάρχουν και τα νεώτερα (την βενζοδιαζεπινικά) υπνωτικά.

Το μεγάλο θεραπευτικό εύρος των εν χρήσει υπνωτικών (βενζοδιαζεπινών και νεωτέρων) και η καλή αποτελεσματικότητά τους στην αντιμετώπιση της αϋπνίας έχουν οδηγήσει στην ευρύτατη χρήση των. Οι κυριότερες παρενέργειές τους είναι η ανάπτυξη ανοχής σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα και η εμφάνιση αϋπνίας μετά τη διακοπή τους, που οδηγούν στην εξάρτηση από τα φάρμακα αυτά και στην κατάχρησή τους, όταν η χορήγηση δεν γίνεται κάτω από παρακολούθηση.

Μελέτες στο εργαστήριο ύπνου, πάντως, έχουν δείξει ότι δεν έχουν όλα τα υπνωτικά φάρμακα την ίδια πιθανότητα να προκαλέσουν ανάπτυξη ανοχής και να οδηγήσουν στην κατάχρηση, αν και κλινικές παρατηρήσεις δείχνουν ότι τέτοιος κίνδυνος είναι υπαρκτός με όλα τα φάρμακα της κατηγορίας αυτής.

Υπολογίζεται ότι το 1% των ατόμων 18-39 ετών κάνει κατάχρηση υπνωτικών φαρμάκων – το ίδιο και το 3% των ατόμων 40-59 ετών, το 6% στις ηλικίες 60-69 ετών και πάνω από 15% στις ηλικίες άνω των 70 (στους ηλικιωμένους ενοίκους ιδρυμάτων το αντίστοιχο ποσοστό είναι 40%).

Η σωστή χρήση των υπνωτικών που μειώνει την πιθανότητα κατάχρησης είναι η προσεκτική χορήγησή τους για σχετικώς βραχύ διάστημα (μερικών ημερών έως δύο εβδομάδων το πολύ), η επικέντρωση μετά το διάστημα αυτό στην προσπάθεια θεραπείας της αϋπνίας μόνο με συμβουλευτική υγιεινής του ύπνου και ψυχοθεραπεία, καθώς και η διατήρηση στενής σχέσης θεράποντος με ασθενή ώστε να παρέχεται υποστήριξη κατά τη διάρκεια και μετά τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Η αντιμετώπιση των άλλων πιθανών παραγόντων που συνεισφέρουν στην αϋπνία (όπως της κατάθλιψης ή της αγχώδους διαταραχής), είναι επίσης απαραίτητη.

■ **Βενζοδιαζεπίνες.** Μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε ως αγχολυτικά είτε ως υπνωτικά φάρμακα, ανάλογα με τη δόση στην οποία χορηγούνται (οι μικρές δόσεις έχουν αγχολυτική δράση και οι μεγαλύτερες υπνωτικό). Υπάρχουν όμως κάποιες βενζοδιαζεπίνες (φλουνιπραζεπάμη, τριαζολάμη) που χρησιμοποιούνται κυρίως ως υπνωτικά. Στην κατηγορία των βενζοδιαζεπινών ανήκουν επί-



Του
ΔΗΜΗΤΡΗ ΔΙΚΑΙΟΥ
Επικούρου καθηγητή
Ψυχιατρικής, Ιατρική
Σχολή Πανεπιστημίου
Αθηνών

Συνέπειες της αλόγιστης χρήσης

■ **Απώλεια αποτελεσματικότητας (ανάπτυξη ανοχής)**

■ **Αύξηση της δόσης με την πάροδο των ετών / πολυφαρμακία**

■ **Γνωσιακά, συναισθηματικά και ψυχοφυσιολογικά ελλείμματα**

■ **Μνημονική δυσλειτουργία**

■ **Μεγάλη πιθανότητα για μη αναμενόμενες παρενέργειες**

■ **Ανάπτυξη συνοδών χρήσεων (αλκοόλ και άλλων ουσιών)**

■ **Έκπτωση στον οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό τομέα**

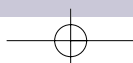
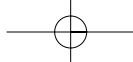
σης οι ουσίες κλωροδιαζεποξείδη, πραζεπάμη, κλοβαζάμη, κλωραζεπάτη, διαζεπάμη, βρωμαζεπάμη, λοραζεπάμη, κλοναζεπάμη και αλπραζολάμη.

Γενικά, οι ανεπιθύμητες ενέργειες των βενζοδιαζεπινών περιορίζονται στο ελάχιστο, εάν η λήψη τους δεν υπερβαίνει μερικές συνεχόμενες ημέρες, και στις οδηγίες των φαρμάκων αυτών τονίζεται ότι δεν πρέπει να χορηγούνται για μακρά χρονικά διαστήματα. Αυτό πάντως συχνά δεν γίνεται στην πράξη και πολλοί ασθενείς λαμβάνουν βενζοδιαζεπίνες (αντίθετα προς τις οδηγίες) για διαστήματα πολλών εβδομάδων, μηνών ή και ετών. Σε τέτοιες περιπτώσεις η διακοπή τους είναι συχνά ιδιαίτερα δυσχερής και πρέπει να γίνεται πολύ σταδιακά (ελάττωση όχι ταχύτερη από αφαίρεση του 25% το πολύ της συνολικής ημερήσιας δόσης ανά εβδομάδα).

■ **Μη βενζοδιαζεπινικά υπνωτικά ανάλογη δράσης με τις βενζοδιαζεπίνες (νεώτερα υπνωτικά).** Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα φάρμακα ζολπιδέμη, ζαλεπλόνη και ζοπικλόνη. Εμφανίζουν μικρότερη τάση για ανάπτυξη ανοχής στην επαναλαμβανόμενη χορήγηση, καθώς και μειωμένη τάση εμφάνισης «αϋπνίας διακοπής» μετά την διακοπή της λήψης τους, αλλά και με αυτά τα φάρμακα είναι δυνατό να παρατηρηθεί κατάχρηση και εξάρτηση στη μακροχρόνια λήψη. Χορηγούνται πριν από τη βραδινή κατάκλιση. ■



Υπολογίζεται ότι το 1% των ατόμων 18-39 ετών κάνει κατάχρηση υπνωτικών φαρμάκων – το ίδιο και το 3% των ατόμων 40-59 ετών, το 6% στις ηλικίες 60-69 και πάνω από 15% στις ηλικίες άνω των 70



COCO-MAT ZHN

Παράπλευρο θύμα - αθώο - της post modern υστερίας, ο ύπνος, με όπλο την ωμή ισχύ της φυσικής ανάγκης - ίσως και με τηνεπτασφράγιστη αποκλειστικότητά του να υποθάλλει τα όνειρα - έχει ήδη αρχίσει να παίρνει την εκδίκησή του από τον μετα-μοντέρνο άνθρωπο. Μυριάδες άυπνοι, ολιγούπνοι, ή κακούπνοι σέρνονται κουρασμένοι στους δρόμους του «αναπτυγμένου» κόσμου και σέρνουν όλες τις επακόλουθες ψυχοσωματικές διαμαρτίες. Χρόνια αδιαθεσία, ανορεξία, χαμηλή δυνατότητα συγκέντρωσης, ισχνή αποδοτικότητα, μελαγχολία, κατάθλιψη, πολυφαρμακία, έως και καρδιακά και εγκεφαλικά νοσήματα περιλαμβάνουν σχετικές μελέτες των ειδικών. Τη θέση του εχθρού ύπνου, που συκοφαντήθηκε ως σπουδαστήριο ραθυμίας, παίρνει τώρα η εντεινόμενη απειλή της αύπνίας. Η ολαζονική επιδίωξη του ανθρώπου «να ζει την κάθε στιγμή» υπονομεύεται από την ίδια την επίτευξή της.

Ωστόσο, όπως το καλό θριαμβεύει χάρη στο κακό και η μεγάλη τέχνη χάρη στο ευτελές, έτσι και η επιστήμη, μαζί και η τέχνη του ύπνου γνωρίζουν, σήμερα, τη μεγαλύτερη ακμή τους. Δημιουργός και δημιουργήμα της εποχής της, η COCO-MAT συνεχίζει να πρωτοστατεί στις προσπάθειες για τη συγκρότηση μιας στέρεης, επιστημονικά θεμελιωμένης και συνεχώς εμπλουτιζόμενης παιδείας για το φαινόμενο το ύπνου.

Το τεσσάρων επιπέδων κρεβάτι που προτείνει αποτελεί την κορωνίδα της υλοποίησης αυτών των προσπαθειών. Μέχρι οι άυπνοι καιροί μας να παρέλθουν ανεπιστρεπτί και να ξαναπιάσουμε τον αβίαστο ρυθμό της φύσης, ένας τρόπος υπάρχει για να κρατήσουμε την ισορροπία μας:

Η ποιότητα, που θα αντισταθμίσει την ολοένα μειούμενη ποσότητα.

Εφόσον κοιμόμαστε λίγο, ας κοιμόμαστε τέλεια!

Ο ύπνος, αυτονόητη προϋπόθεση του ζην μπορεί, στα «χέρια» ενός τετραπλού κρεβατιού COCO-MAT, να μετουσιωθεί σε εκλεκτή υπόθεση του ευ ζην.

Κεντρικό κατάστημα: Τατοίου 165, Κηφισιά, 210 6251971, info@coco-mat.com

Εργοστάσιο: ΡΙΠΕ Ειδήσεις

Αθήνα: Άλιμος, Μαρούσι Π. Φάληρο, Πατήσια, Πειραιάς, Χαλάνδρι, Παλλήνη, Περιστερί, Φρεατύδα - **Θεσσαλονίκη:** Διογύκειος, Καλαμαριά
Πάτρα, Κόρινθος, Καλαμάτα, Άργος, Λάρισα, Ιωάννινα, Ξάνθη, Ηράκλειο Κρήτης, Κέρκυρα, Ρόδος

Συνεργαζόμενα καταστήματα: Αράχνη, Βόλος, Καρδίτσα, Κατερίνη, Κοζάνη, Κομοτηνή, Λαμία, Μυτιλήνη, Ορεστιάδα, Πύργος, Χαλκίδα, Πολυκατάστημα Fokas
AMSTERDAM - ROTTERDAM - ARNHEM - MADRID - BARCELONA - ANTWERPEN - NICOSIA - LEMESSOS - GALWAY - HANGZHOU - SUZHOU - METEN - NINGBO - BEIJING

www.coco-mat.com



ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΥΨΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΝΑ ΥΠΟΦΕΡΕΙ ΑΠΟ ΑΨΠΝΙΑ – ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΗ ΚΑΙ ΠΙΟ ΓΝΩΣΤΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ – ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΛΕΣ ΚΑΙ ΠΟΙΚΙΛΕΣ. ΚΑΤ’ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΑ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΒΑΛΛΕΤΑΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΑΦΕΝΟΣ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ, ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΣΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ, ΑΦΟΥ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΣ, ΚΑΙ ΑΦΕΤΕΡΟΥ ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΗ.



Του
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΨΑΡΡΟΥ
Λέκτορα Ψυχιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική
Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου
Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Ο ΚΑΛΟΣ ΥΠΝΟΣ ΑΡΧΙΖΕΙ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ

Η αντιμετώπιση της αϋπνίας πρέπει να συμπεριλαμβάνει:

■ Την εκπαίδευση των ασθενών, ώστε να παίρνουν κατάλληλα μέτρα για την υγιεινή του ύπνου.

■ Πιθανώς αντικαταθλιπτική αγωγή, εφόσον η αϋπνία διαπιστωθεί ότι είναι σύμπτωμα κατάθλιψης.

■ Φάρμακα που βοηθούν στην επέλευση του ύπνου.

Εδώ όμως ας είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί. Τα φάρμακα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνον ως συμπλήρωμα της πολυδιάστατης προσέγγισης της αϋπνίας. Αυτό όμως πολλές φορές (ίσως τις περισσότερες) δεν γίνεται, καθώς τα φάρμακα αυτά, που μεταξύ των άλλων χάνουν με την πάροδο του χρόνου την αποτελεσματικότητά τους, αποτελούν τη μοναδική μορφή αντιμετώπισης της αϋπνίας.

Για να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά και με δραστικό τρόπο το πρόβλημα της δυσκολίας στον ύπνο αλλά και για να προφυλαχτούμε από αυτό, είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τις συνθήκες και τις πρακτικές που προάγουν τον συνεχή και αποτελεσματικό ύπνο – με άλλα λόγια, να υιοθετούμε αυτό που οι ειδικοί αποκαλούν «μέτρα υγιεινής του ύπνου».

Πρόκειται για συμβουλές σχετικά με τις δραστηριότητές μας, δηλαδή τι θα πρέπει να αποφεύγουμε ή αντίθετα να επιδιώκουμε κατά τις βραδινές ώρες πριν από τον ύπνο, στο κρεβά-



ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΥΨΗΛΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΝΑ ΥΠΟΦΕΡΕΙ ΑΠΟ ΑΨΠΝΙΑ – ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΗ ΚΑΙ ΠΙΟ ΓΝΩΣΤΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ – ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΛΕΣ ΚΑΙ ΠΟΙΚΙΛΕΣ. ΚΑΤ’ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΑ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΒΑΛΛΕΤΑΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΑΦΕΝΟΣ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ, ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΣΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ, ΑΦΟΥ ΚΑΘΕ ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΣ, ΚΑΙ ΑΦΕΤΕΡΟΥ ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΗ.



Του
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΨΑΡΡΟΥ
Λέκτορα Ψυχιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική
Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου
Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Ο ΚΑΛΟΣ ΥΠΝΟΣ ΑΡΧΙΖΕΙ ΤΗΝ **ΗΜΕΡΑ**

Η αντιμετώπιση της αϋπνίας πρέπει να συμπεριλαμβάνει:

■ Την εκπαίδευση των ασθενών, ώστε να παίρνουν κατάλληλα μέτρα για την υγιεινή του ύπνου.

■ Πιθανώς αντικαταθλιπτική αγωγή, εφόσον η αϋπνία διαπιστωθεί ότι είναι σύμπτωμα κατάθλιψης.

■ Φάρμακα που βοηθούν στην επέλευση του ύπνου.

Εδώ όμως ας είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί. Τα φάρμακα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνον ως συμπλήρωμα της πολυδιάστατης προσέγγισης της αϋπνίας. Αυτό όμως πολλές φορές (ίσως τις περισσότερες) δεν γίνεται, καθώς τα φάρμακα αυτά, που μεταξύ των άλλων χάνουν με την πάροδο του χρόνου την αποτελεσματικότητά τους, αποτελούν τη μοναδική μορφή αντιμετώπισης της αϋπνίας.

Για να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά και με δραστικό τρόπο το πρόβλημα της δυσκολίας στον ύπνο αλλά και για να προφυλαχτούμε από αυτό, είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τις συνθήκες και τις πρακτικές που προάγουν τον συνεχή και αποτελεσματικό ύπνο – με άλλα λόγια, να υιοθετούμε αυτό που οι ειδικοί αποκαλούν «μέτρα υγιεινής του ύπνου».

Πρόκειται για συμβουλές σχετικά με τις δραστηριότητές μας, δηλαδή τι θα πρέπει να αποφεύγουμε ή αντίθετα να επιδιώκουμε κατά τις βραδινές ώρες πριν από τον ύπνο, στο κρεβάτι ►

Ο μύθος που... έγινε πραγματικότητα*



breckle

MADE
IN
GERMANY



***75 χρόνια εμπειρίας** χρειάστηκαν για να φτιάξουμε το ιδανικό ζευγάρι και σας το παρουσιάζουμε. Στρώματα και μηχανισμοί ανάκλησης από την κορυφαία εταιρεία στρωμάτων της Γερμανίας, Breckle, σε διάφορες διαστάσεις. Τοποθετούνται στο δικό σας κρεβάτι.

ext
IN HOME

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΙ ΕΙΣΑΓΩΓΕΙΣ
ΓΙΑ ΕΛΛΑΔΑ & ΚΥΠΡΟ
ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ Π. ΜΟΥΤΣΙΟΣ
Ηλίουπόλεως 17-19 Αθήνα
Τηλ: 210 7513513
Τηλ - Fax: 210 7015115

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Αφοί Καραμανλή ΑΕ 475657

ΠΑΤΡΙΑ: Κουτσούκος 44889

ΚΑΣΤΟΡΙΑ: Τσακίρης 23688

ΚΑΤΕΡΙΝΗ: Γουργιώτης 63668

ΚΑΡΔΙΤΣΑ: Κουτσιάνης 75416

ΚΥΠΡΟΣ: Πεμεσός Home & Deco 25724838



ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

τι όταν ξαπλώνουμε να κοιμηθούμε, αλλά και αμέσως μετά το πρωινό ξύπνημα.

Επίσης, τα μέτρα υγιεινής του ύπνου περιλαμβάνουν υποδείξεις για τις δραστηριότητές μας κατά τη διάρκεια της ημέρας, γιατί, όσο κι αν φαίνεται παράξενο, κάποιες από αυτές, μολονότι επιτελούνται χρονικά αρκετά πριν από την περίοδο του ύπνου, μπορεί να τον επηρεάζουν.

Τέλος, τα μέτρα υγιεινής αναφέρονται και στον ιδιαίτερο χώρο όπου κοιμόμαστε, δηλαδή στην κρεβατοκάμαρά μας. Αναφέρονται, για παράδειγμα, στον τρόπο επιλογής του κρεβατιού, στη θερμοκρασία και υγρασία του χώρου αλλά και στις εξωτερικές ενοχλήσεις, που όχι σπάνια μπορεί να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά τόσο την ποσότητα όσο και την ποιότητα του ύπνου.

ΤΙΣ ΩΡΕΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ

Κατά τις βραδινές ώρες κρίνεται σκόπιμο να:

■ Αποφεύγουμε τις έντονες σωματικές δραστηριότητες, όπως τα σπορ ή ακόμη οποιαδήποτε διανοητική προσπάθεια, γιατί δυσκολεύουν τον ύπνο.

■ Αποφεύγουμε τα πολύ βαριά ή πολύ ελαφρά γεύματα. Δειπνούμε δύο τουλάχιστον ώρες πριν ξαπλώσουμε. Τα λιπαρά ή πικάντικα φαγητά ενοχοποιούνται για διαταραχές του ύπνου. Αντίθετα, ένα βραδινό γεύμα με πολλούς υδατάνθρακες (μακαρόνια, ρύζι, ψωμί, όσπρια, λαχανικά και φρούτα) διευκολύνει τη γρήγορη έναρξη του ύπνου, βελτιώνει την ποιότητά του και μειώνει τις πιθανότητες νυχτερινών αφυπνίσεων.

■ Δεν καταναλώνουμε μεγάλες ποσότητες υγρών γιατί διαφορετικά θα αναγκαστούμε κατά τη διάρκεια της νύχτας να διακόψουμε τον ύπνο μας, για να πάμε στην τουαλέτα.

■ Ανάλογα με τις ανάγκες μας, πηγαίνουμε για ύπνο περίπου την ίδια ώρα κάθε βράδυ και ξυπνάμε κατά το δυνατόν την ίδια ώρα κάθε πρωί. Ακολουθώντας ένα τέτοιο σταθερό πρόγραμμα συμβάλλουμε στη διατήρηση της ρύθμισης του βιολογικού μας ρολογιού.

■ Αποκτούμε και διατηρούμε τη συνήθεια να κάνουμε κάθε βράδυ πριν από τον ύπνο κάτι που μας χαλαρώνει και μας ηρεμεί: π.χ. ένα ζεστό μπάνιο, απαλή μουσική, χαμηλά φωτά. Προετοιμάζουμε έτσι τον εαυτό μας και τον προσκαλούμε να ξεκουραστεί.

ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ

■ Δεν ξεχνάμε ότι ο χώρος της κρεβατοκάμαρας χρησιμοποιείται για ύπνο και για σεξ. Όχι για άλλες δραστηριότητες, όπως παρακολούθηση τηλεόρασης, φαγητό ή διάβασμα.

■ Πηγαίνουμε για ύπνο μόνο όταν είμαστε κουρασμένοι. Εάν δεν καταφέρουμε να κοιμηθούμε σε 20-30 το πολύ λεπτά, σηκώνομαστε από το κρεβάτι και κάνουμε κάτι που μας ηρεμεί και μας ευχαριστεί (π.χ. το διάβασμα ενός βιβλίου). Όμως, προσοχή: εκτός κρεβατοκάμαρας! Ξαπλώνουμε πάλι μόλις αισθανθούμε ότι νυστάζουμε.

■ Εάν ξυπνήσουμε κατά τη διάρκεια του ύπνου (γεγονός απολύτως φυσιολογικό), αλλά δεν μπορέσουμε να ξανακοιμηθούμε σε 15-20 λεπτά, σηκώνομαστε από το κρεβάτι. Δεν έχει νόημα να βασανιζόμαστε στριφογυρνώντας και κοιτάζοντας το ρολόι. Όσο σκεφτόμαστε το πρόβλημα τόσο περισσότερο

αγχωνόμαστε και γίνεται δυσκολότερο να ξανακοιμηθούμε. Πηγαίνουμε σε άλλο δωμάτιο, προσπαθούμε να χαλαρώσουμε κάνοντας κάτι ευχάριστο, πίνουμε ενδεχομένως ένα κλιματικό ρόφημα, περιμένουμε να νυστάξουμε και μόνον τότε επιστρέφουμε στο κρεβάτι μας.

ΜΕΤΑ ΤΟ ΠΡΩΙΝΟ ΞΥΠΝΗΜΑ

■ Όταν ξυπνήσουμε, σηκώνομαστε από το κρεβάτι. Δεν προσπαθούμε να ξανακοιμηθούμε.

■ Δεν σηκώνομαστε απότομα. Εκθέτουμε τον εαυτό μας σταδιακά στο φως. Κατά προτίμηση στο φως της ημέρας. Του δίνουμε τον απαραίτητο χρόνο ώστε να προσαρμοστεί χαλαρά στις συνθήκες εγρήγορης.

■ Χασμουριόμαστε όσο μας αρέσει. Βοηθάμε έτσι στην καλύτερη οξυγόνωση του οργανισμού.

■ Τεντωνόμαστε αργά, αρκετές φορές, ώστε οι μύες μας να «ζεσταθούν» και να χαλαρώσουν.

■ Κάνουμε ένα αναζωογονητικό μπάνιο.

■ Δεν λησμονούμε να φάμε ένα καλό και ισορροπημένο πρωινό, κατά προτίμηση πλούσιο σε πρωτεΐνες που έχουν την ιδιότητα να αυξάνουν την εγρήγορση. Πρακτικά θα μπορούσαμε να προσθέσουμε στο συνηθισμένο πρωινό μας 1-2 φέτες ζαμπόν ή ένα αυγό. Υπολογίζουμε ότι θα πρέπει να μας παρέχει το 25% των θερμίδων που χρειάζεται ο ανθρώπινος οργανισμός καθημερινά.

ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ

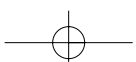
■ Η σωματική άσκηση και ιδιαίτερα η αερόβια βοηθά να κοιμόμαστε πιο γρήγορα και να κάνουμε ξεκούραστο ύπνο. Εάν όμως γυμναζόμαστε 2-3 ώρες πριν ξαπλώσουμε, μπορεί να δυσκολευτούμε να κοιμηθούμε. Συνεπώς, όχι γυμναστική από το απόγευμα και μετά.

* Αν παίρνουμε κάποιο φάρμακο, ρωτάμε τον γιατρό μήπως επηρεάζει τον ύπνο μας.

* Αποφεύγουμε τη χρήση διεγερτικών ουσιών (όπως καφεΐνη, νικοτίνη, αλκοόλ) μετά τις απογευματινές ώρες. Ειδικότερα, δεν πίνουμε καφέ 6-7 ώρες πριν από τη βραδινή κατάκλιση, ούτε αναψυκτικά με καφεΐνη. Οι καπνιστές παρουσιάζουν συχνά στερητικό σύνδρομο κατά τη διάρκεια της νύχτας, ενώ σε αντίθεση με αυτό που πολλοί πιστεύουν το αλκοόλ διαταράσσει τον ύπνο.

* Δίνουμε προτεραιότητα στον βραδινό ύπνο. Η μεσημεριανή ξεκούραση είναι αναζωογονητική, αλλά θα πρέπει να γίνεται χωρίς το μεσημέρι και να είναι μικρής διάρκειας, έτσι ώστε να μην επηρεάζει τον νυχτερινό ύπνο.

■ Προσπαθούμε να αποφύγουμε οποιαδήποτε κατάσταση ►





Άγχος, Στρες, Αϋπνία;



The natural
tranquilizer

Tranquil της HealthAid

Ηρεμήστε με βαλεριάνα, πασιφλόρα, κράταιγο & υπέρικο

Ειδικός συνδυασμός από φυτικά εκχυλίσματα με χαλαρωτικές & ηρεμιστικές ιδιότητες, για εσάς που αισθάνεστε άγχος και νευρική υπερδιέγερση λόγω πιεστικών καταστάσεων ή συναισθηματικής φόρτισης.

Δώστε φυσική λύση στην αϋπνία με **Tranquil** βελτιώνοντας την ποιότητα του ύπνου και βοηθήστε τον οργανισμό σας να ανταπεξέλθει στο καθημερινό στρες & την υπερένταση, που δημιουργεί ο σύγχρονος τρόπος ζωής.

Το **Tranquil** είναι ασφαλές γιατί δεν προκαλεί εθισμό ή παρενέργειες, που εμποδίζουν τις καθημερινές σας δραστηριότητες και παρέχει ισορροπία & πνευματική ευεξία.

Tranquil... για όλη την αναστασιακή, έναν συνεχή και ήρεμο ύπνο.



A.E. ΕΘΕ 22130 / 23-03-09

PHARMA CENTER

Προϊόντα Φαρμακείου

Tel.: 210 9604511

www.pharmacenter.gr

HealthAid

MADE IN ENGLAND



ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

Πώς πρέπει να είναι το υπνοδωμάτιο

■ Φροντίζουμε να κοιμόμαστε σε έναν χώρο ασφαλή, άνετο, ήσυχο, καθαρό, τακτοποιημένο που μας βοηθά να χαλαρώνουμε και τον αισθανόμαστε δικό μας με την έννοια ότι εμείς οι ίδιοι τον έχουμε δημιουργήσει (επιλογή επίπλωσης, διακόσμησης, χρωμάτων κ.λπ.).

■ Απομονώνουμε τον χώρο από εξωτερικές πηγές όχλησης (θορύβους, φώτα, οσμές κ.λπ.).

■ Φροντίζουμε για τον καλό αερισμό του χώρου, τη διατήρηση σταθερής και χαμηλής θερμοκρασίας (περίπου 18°C τον χειμώνα) και ικανοποιητικής υγρασίας. Εν ανάγκη, τοποθετούμε μία υγρή πετσέτα πάνω στο καλοριφέρ ή χρησιμοποιούμε υγραντήρα.

■ Επιλέγουμε με μεγάλη προσοχή το κρεβάτι μας. Είναι το έπιπλο πάνω στο οποίο περνάμε το 1/3 της ζωής μας. Πρέπει να είναι άνετο ως προς τις διαστάσεις, από καλά υλικά και αναπαιτικό (όχι πολύ σκληρό ή πολύ μαλακό). Αφού το επιλέξουμε, φροντίζουμε ώστε να το διατηρούμε πάντοτε σε καλή κατάσταση.

■ Το ίδιο προσεκτικά επιλέγουμε και το μαξιλάρι μας, να είναι από καλά υλικά και κυρίως βολικό.

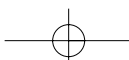
■ Σε κάθε κρεβατοκάμαρα υπάρχει σχεδόν πάντα ένα ρολόι. Χρησιμοποιείται κυρίως ως ξυπνητήρι, γιατί τη νύχτα έτσι ή αλλιώς κοιμόμαστε και ο ακριβής προσδιορισμός της ώρας δεν μας απασχολεί. Αν υποφέρουμε από αϋπνία, καλύτερα να διώξουμε το ρολόι από το υπνοδωμάτιό μας. Εάν είναι απαραίτητο, θα πρέπει να είναι αθόρυβο και τοποθετημένο έτσι ώστε να μην μπορούμε να το δούμε. Το να αργεί να μας πάρει ο ύπνος όταν πλαγιάζουμε ή το να ξυπνάμε μέσα στη νύχτα, είναι πρόβλημα που δύσκολα μπορεί κάποιος να ανεχτεί. Και γίνεται ακόμη πιο έντονο όταν έχουμε συνεχή επίγνωση του χρόνου που χάνουμε στο κρεβάτι προσπαθώντας να κοιμηθούμε. Σ' αυτήν την περίπτωση, το άγχος κορυφώνεται και το πρόβλημα της αϋπνίας φαντάζει αξεπέραστο.

■ Συζητάμε με ειλικρίνεια με τον/τη σύντροφό μας στο κρεβάτι τις ιδιαίτερες συμπεριφορές του/της (ροχαλητό, ανήσυχος ύπνος, διαφορετικές συνθήκες ύπνου που ο καθένας επιλέγει κ.λπ.), οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν κατά τον έναν ή τον άλλον τρόπο την ποσότητα ή και την ποιότητα του ύπνου μας – και αναζητάμε λύσεις.



μπορεί να μας δημιουργήσει άγχος. Εάν κάτι τέτοιο δεν είναι δυνατόν, αναζητάμε βοήθεια για τον έλεγχο του άγχους μας. Αν προσπαθήσουμε να οργανώσουμε την καθημερινότητά μας λαμβάνοντας υπόψη τα μέτρα για την υγιεινή του ύπνου, μπορούμε να μειώσουμε σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης της αϋπνίας. Για τους πάσχοντες από αυτήν, η αναζήτηση λύσης στο πρόβλημά τους, εκτός από την επίσκεψη στον ειδικό, προϋποθέτει τη σταθερή και αυστηρή, κατά το δυνατόν, τήρηση των οδηγιών υγιεινής του ύπνου που προαναφέρθηκαν. Μ' αυτόν τον τρόπο, η επάνοδος στον ικανοποιητικό ποσοτικά και ποιοτικά ύπνο θα είναι ταχεία και μόνιμη, επ' ωφελεία της σωματικής υγείας και ψυχικής ισορροπίας. ■

Αν προσπαθήσουμε να οργανώσουμε την καθημερινότητά μας λαμβάνοντας υπόψη τα μέτρα για την υγιεινή του ύπνου, μπορούμε να μειώσουμε σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης της αϋπνίας





MEMORY
ΣΗΜΑΙΝΕΙ
ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ

[illegible]**ideal strom®**

ιδανικές συνθήκες ύπνου

[illegible]

ΚΑΠΝΙΖΟΥΜΕ ΟΛΟΙ

ΘΕΛΟΥΜΕ ΔΕ ΘΕΛΟΥΜΕ

Ην όσοι δηλώνουν φανατικοί αντικαπνιστές νομίζουν ότι έχουν γλυτώσει από τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, πλανώνται πλάνην οικτράν.

Το παθητικό κάπνισμα είναι η συστηματική εισπνοή του τοξικού καπνού των άλλων. Οι καπνιστές, όπως και οι μη καπνιστές, επηρεάζονται εξίσου από τη βλαβερή εισπνοή καπνού σε μέρη γεμάτα καπνό. Το παθητικό κάπνισμα γίνεται όταν ένα άτομο εισπνέει τις πολυάριθμες τοξικές ουσίες που περιέχονται στον καπνό του τσιγάρου, οι οποίες απελευθερώνονται με το άναμά του. Κάθε χρόνο στην Ευρώπη, πεθαίνουν από το παθητικό κάπνισμα πάνω από 24.000 άτομα, εκ των οποίων το 24% είναι μη καπνιστές. Το παθητικό κάπνισμα είναι η τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου - μετά το ενεργητικό κάπνισμα και το αλκοόλ - στον «πολιτισμένο» κόσμο. Σύμφωνα μάλιστα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, το 25-33% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα οφείλεται στο παθητικό κάπνισμα. Ο παθητικός καπνιστής, όταν βρίσκεται σε κλειστό χώρο όπου καπνίζουν πολλοί, εισπνέει τόσο καπνό όσο αν κάπνιζε ο ίδιος 15 τσιγάρα χωρίς φίλτρο, ή 35 με φίλτρο.

Οι μη-καπνίζοντες έχουν το νόμιμο δικαίωμα να μην εκτίθενται στον καπνό των καπνιζόντων τόσο για λόγους υγείας όσο και για κοινωνικούς. Παρά ταύτα, οι καπνιστές συνεχίζουν να αδιαφορούν πλήρως, με μάλλον προκλητικό τρόπο, για τα πρωταρχικά δικαιώματα εκείνων που έχουν επιλέξει να μην επιβαρύνουν την υγεία τους.

Οι μη καπνιστές ανήκουν σε δύο κατηγορίες: αυτούς που δεν έχουν καπνίσει ποτέ και αυτούς που κάπνιζαν αλλά αποφάσι-

σαν να μην αφήσουν μια κακή συνήθεια να τους καταστρέφει τη ζωή. Μάλιστα, φαίνεται ότι οι πρώην καπνιστές είναι πιο συνειδητοποιημένοι, σε ότι αφορά τα δικαιώματά τους για μια ζωή χωρίς καπνό, σε σχέση με αυτούς που δεν κάπνισαν ποτέ για λόγους που είναι προφανείς: Ο καπνιστής έχει νιώσει στο πετσί του τι είναι να μην μπορεί να ανέβει μια σκάλα χωρίς να λαχανιάσει, να μυρίζουν τα ρούχα και η αναπνοή του, να κιτρινίζουν τα νύχια και τα δόντια του, να γερνάνει ανεπανόρθωτα το δέρμα του, να υποφέρει από υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του αναπνευστικού που ο καταπονημένος οργανισμός του δεν μπορεί να πολεμήσει.

ΑΝΑΠΝΕΟΝΤΑΣ ΠΕΘΑΙΝΕΙΣ...

Μεγάλη έρευνα που διενήργησε η Επιστημονική Επιτροπή για τον Καπνό και την Υγεία της Βρετανικής κυβέρνησης, απέδειξε, για μια ακόμη φορά, τους κινδύνους που ενέχει το παθητικό κάπνισμα.

Ο επεξεργασμένος καπνός του τσιγάρου περιέχει το λιγότερο 4.000 καρκινογόνα χημικά και περισσότερες από 60 ουσίες που προκαλούν βλάβες στο αναπνευστικό σύστημα.

Ερεθισμός στα μάτια, πονοκέφαλος, βήχας, πονόλαιμος, ζαλάδα και ναυτία είναι οι ελάχιστες παρενέργειες που μπορεί να προκαλέσει η κακή συνήθεια κάποιου άλλου. Τριάντα λεπτά έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα είναι αρκετά για να διαταραχθεί η ομαλή κυκλοφορία του αίματος. Άνθρωποι που υποφέρουν από άσθμα αντιμετωπίζουν αναπνευστικά προβλήματα. Και αυτές είναι μόνο οι βραχυπρόθεσμες συνέπειες του ακού-

σιου καπνίσματος.

Ποιες είναι όμως οι μακροπρόθεσμες συνέπειες;

Οι μη-καπνιστές που εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα στο σπίτι έχουν 25% περισσότερες πιθανότητες να πάθουν καρκίνο του πνεύμονα και καρδιαγγειακά νοσήματα. Ερευνητές της Ιατρικής Σχολής του Αγίου Γεωργίου και του Βασιλικού νοσοκομείου στο Λονδίνο ανακάλυψαν πρόσφατα ότι το παθητικό κάπνισμα στους χώρους εργασίας και γενικά στους δημόσιους χώρους αυξάνει κατά 50-60% τα στεφανιαία νοσήματα. Επιπλέον, μπορεί να προκαλέσει διανοητική καθυστέρηση στα παιδιά που εκτίθενται στις τοξικές ουσίες των τσιγάρων στο σπίτι τους ή σε δημόσιους χώρους.

Η Επιστημονική Επιτροπή για τον Καπνό και την Υγεία είναι σαφής: Το παθητικό κάπνισμα ευθύνεται για εκατοντάδες θανάτους κάθε χρόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο.

ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΩΜΑ ΒΛΑΠΤΕΙ ΚΑΙ ΤΟ ΜΥΑΛΟ

Το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τις πιθανότητες κάποιου να πάθει άνοια και άλλες μορφές νοσηκών δυσλειτουργιών.

Αναφορά Βρετανών και Αμερικανών επιστημόνων που δημοσιεύθηκε στο έγκυρο επιστημονικό περιοδικό, British Medical Journal, αποκάλυψε ότι οι μη-καπνιστές που υφίστανται συνεχή έκθεση στα χημικά που εκλύονται από το κάπνισμα έχουν 44% περισσότερες πιθανότητες να πάθουν άνοια ή κάποια άλλη νοσηκή δυσλειτουργία.

Ο Λιούελιν και οι συνεργάτες του συνέλεξαν δείγματα σάλιου από 5.000 ενήλικους μη-καπνιστές, ηλικίας πάνω από 50 ετών χρησιμοποιώντας στοιχεία από τρεις διαφορετικές έρευνες που διεξήχθησαν στην Αγγλία. Κατόπιν, εξέτασαν το σάλιο τους και ανακάλυψαν ίχνη κοτινίνης, ένα παράγωγο της νικοτίνης, 25 ώρες μετά την έκθεσή τους σε παθητικό κάπνισμα. Στη συνέχεια, τους υπέβαλαν σε τεστ μνήμης και τα αποτελέσματα δεν ήταν καθόλου ενθαρρυντικά. Μια πιθανή εξήγηση είναι η σύνδεση του παθητικού καπνίσματος με τα καρδιαγγειακά νοσήματα και το εγκεφαλικό, καταστάσεις που είναι γνωστό ότι πυροδοτούν σοβαρές νοσηκές διαταραχές.

Η ΔΙΚΤΑΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τρία εκατομμύρια άνθρωποι εκτίθενται στις βλαβερές συνέπειες του καπνού, παρά τη θέληση τους, κάθε χρόνο, στους χώρους εργασίας τους.

Το παθητικό κάπνισμα στους χώρους εργασίας σκοτώνει τρεις ανθρώπους κάθε μέρα, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη με επικεφαλής τον James Repace, ο οποίος προσφάτως δημοσίευσε τα αποτελέσματα αντίστοιχης έρευνας για το Υπουργείο Υγείας της Καλιφόρνια.

900 υπάλληλοι γραφείου, 165 εργαζόμενοι σε μπαρ και νυχτερινά κέντρα διασκέδασης και 145 που εργάζονται σε εργοστάσια χάνουν τη ζωή τους, επειδή οι συνάδελφοί τους έχουν επιλέξει να καπνίζουν. Το ανησυχητικό είναι ότι τρεις φορές περισσότεροι εργαζόμενοι πεθαίνουν από τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος παρά σε εργατικά δυστυχήματα.

ΣΠΙΤΙ ΚΑΠΝΙΣΤΗΡΙΟ;

Σχεδόν τα μισά παιδιά στην Αγγλία και πάνω από τα μισά σε όλο τον κόσμο εκτίθενται στον καπνό των τσιγάρων που κα-

πνίζουν οι γονείς και γενικά οι οικείοι τους, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Σε σπίτια που και οι δύο γονείς καπνίζουν, τα παιδιά έχουν 72% περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από ασθένειες του αναπνευστικού, όπως η βρογχίτιδα και η πνευμονία ιδίως τον πρώτο χρόνο της ζωής τους. Περισσότερα από 17.000 παιδιά ηλικίας μέχρι πέντε ετών καταλήγουν στο νοσοκομείο, τουλάχιστον μία φορά το χρόνο, από την απειστικότητα των γονιών τους.

Το κάπνισμα στο μπαλκόνι δεν είναι η λύση. Δεν έχει καμία σημασία αν οι γονείς καπνίζουν έξω από το σπίτι ή ακόμη και με κλειστές πόρτες. Η νικοτίνη εισβάλλει ούτως ή άλλως στον οργανισμό των παιδιών, δημιουργώντας σοβαρά αναπνευστικά προβλήματα. Ερευνητές από το Πανεπιστήμιο Λίνκολνγκ στη Σουηδία ανακάλυψαν ότι τα παιδιά, οι γονείς των οποίων καπνίζουν έξω από το σπίτι, έχουν διπλάσια ποσότητα νικοτίνης στον οργανισμό τους από ότι τα παιδιά μη-καπνιστών.

ΥΠΑΡΧΕΙ ΤΕΛΙΚΑ ΛΥΣΗ;

Νέα έκθεση του Αμερικανικού Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης των Ασθενειών καταλήγει στο συμπέρασμα ότι ξεχωριστοί χώροι για καπνιστές και μη καπνιστές σε εστιατόρια και μπαρ, δεν φαίνεται να βοηθούν την κατάσταση. Ο γενικός αρχίατρος των ΗΠΑ δήλωσε ότι μόνο τα κτίρια στα οποία απαγορεύεται τελείως το κάπνισμα, προστατεύουν πραγματικά τους μη καπνιστές απ' τις βλαβερές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος. Συνεπώς, τα συμπεράσματα στα οποία έχουν καταλήξει οι αρχές δημόσιας υγείας σχετικά με τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στην υγεία, θα πρέπει να καθοδηγούν το κοινό στις αποφάσεις του για το αν θα βρίσκεται σε μέρη όπου υπάρχει παθητικό κάπνισμα ή, εάν είναι οι ίδιοι καπνιστές, για το πότε και πού μπορούν να καπνίζουν μπροστά σε άλλους. Το σίγουρο είναι ότι καθώς οι μη καπνιστές διεκδικούν με μεγαλύτερη αποφασιστικότητα το αναφαίρετο δικαίωμά τους για μια ζωή με καθαρό αέρα, η ένταση και οι συγκρούσεις με τους καπνιστές θα συνεχίζονται διαρκώς. Μόνη λύση φαίνεται να είναι η άμεση εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος με την επιβολή υψηλών προστίμων στους αμετανόητους.

Στα πλαίσια μελέτης για τις συνέπειες του παθητικού καπνίσματος, οι ερευνητές έκαναν εξέταση ούρων σε 366 παιδιά ηλικίας 2-3 ετών για κοτινίνη, τη χημική ουσία στην οποία μετατρέπεται το σώμα τη νικοτίνη. Τα παιδιά, των οποίων οι γονείς καπνίζουν έξω από το σπίτι, είχαν στα ούρα τους διπλάσια ποσότητα κοτινίνης από ότι τα παιδιά των μη καπνιστών. Τα παιδιά, όμως, των φανατικών καπνιστών παρουσίαζαν 15 φορές περισσότερη κοτινίνη από ότι τα παιδιά των μη καπνιστών.

Επιπλέον, η ζωή μ' έναν καπνιστή μπορεί να είναι ιδιαίτερα βλαβερή για τα μικρά παιδιά, στα οποία τετραπλασιάζεται ο κίνδυνος λοιμώξεων, γιατί εξασθενεί το ανοσολογικό τους σύστημα, αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες για αναπνευστικές λοιμώξεις (γρίπη, βρογχίτιδα, αμυγδαλίτιδα, ωτίτιδα) και ασθματικές κρίσεις.

Οι ειδικοί τονίζουν ότι ο καλύτερος τρόπος για να προστατευτούν τα παιδιά από τη νικοτίνη είναι να κόψουν οι γονείς το κάπνισμα. ■



ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ

ΡΟΧΑΛΗΤΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΤΑ ΑΘΩΟ

Η ΑΠΝΟΙΑ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ ΕΙΝΑΙ ΣΟΒΑΡΗ ΚΑΙ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ. ΥΠΟΛΟΓΙΖΕΤΑΙ ΟΤΙ ΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΤΟ 2% ΕΩΣ 4% ΤΟΥ ΕΝΗΛΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ, ΠΑΡΟΤΙ ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΥΠΟΔΗΛΩΝΟΥΝ ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΤΕΛΙΚΑ ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΟΤΕΡΗ.



Του
ΜΑΝΟΥ ΑΛΧΑΝΑΤΗ
Αναπληρωτή καθηγητή Πνευμονολογίας
στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου
Αθηνών, υπευθύνου του Εργαστηρίου
Ύπνου της Α' Πανεπιστημιακής
Πνευμονολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο
Σωτηρία

Η άπνοια εμφανίζεται κυρίως σε μεσήλικους άνδρες (οι άνδρες πάσχοντες είναι διπλάσιοι από τις γυναίκες), αλλά δεν είναι σπάνια τα περιστατικά βαρέως πασχόντων νεώτερης ηλικίας. Οι γυναίκες φαίνεται ότι πάσχουν συχνότερα μετά την εμμηνόπαυση.

Τα υπέρβαρα ή παχύσαρκα άτομα είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στην εκδήλωση της πάθησης, η οποία χαρακτηρίζεται από επεισόδια διακοπών της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου τα οποία διαρκούν τουλάχιστον 10 δευτερόλεπτα. Να σημειωθεί ότι εκτός από τις άπνοιες υπάρχουν και οι υπόπνοιες, που είναι τα επεισόδια μείωσης της αναπνοής πάνω από κάποιο όριο (π.χ. 50%), συγκριτικά με το προηγούμενο διάστημα.

Λόγω του ότι οι συνέπειες των υποπνοιών είναι παρόμοιες με αυτές των άπνοιών, συνυπολογίζονται ως ενιαίος δείκτης στην εκτίμηση της βαρύτητας του προβλήματος (για λόγους συντομίας, όλα τα επεισόδια θα αναφέρονται στο παρόν κείμενο ως άπνοιες).

Άπνοιες στον ύπνο εκδηλώνουν συχνά και απόλυτα φυσιολογικά άτομα, αλλά δεν είναι μεγάλης βαρύτητας, ενώ ο αριθμός τους δεν υπερβαίνει τα 2-3 επεισόδια για κάθε ώρα ύπνου. Αντίθετα, στους πάσχοντες από άπνοια του ύπνου, τα επεισόδια άπνοιών είναι μεγάλης διάρκειας και μπορεί να συμβούν εκατοντάδες φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας.

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ

Υπάρχουν δύο τύποι άπνοιας, η κεντρική και η αποφρακτική.

* Οι κεντρικές άπνοιες είναι πιο σπάνιες και συμβαίνουν όταν ο εγκέφαλος, για διάφορους λόγους, αδυνατεί να στείλει το κατάλληλο σήμα στους αναπνευστικούς μύς ώστε να αρχίσει η αναπνοή.

Είναι συχνές σε πάσχοντες από βαριά καρδιακή ανεπάρκεια, καθώς και σε άτομα με προηγμένα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, εγκεφαλικά τραύματα, όγκους του εγκεφάλου κ.λπ.

Στην περίπτωση αυτή, οι ασθενείς συνήθως δεν είναι παχύσαρκοι και



αναφέρουν ελάχιστα από τα συμπτώματα που αναφέρονται παρακάτω. Η παρουσία κεντρικών ή και αποφρακτικών άπνοιών σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια επιδεινώνει την καρδιακή λειτουργία, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε περισσότερα επεισόδια άπνοιών και αυτός ο φαύλος κύκλος διακόπτεται μόνο με τη θεραπευτική αντιμετώπιση των άπνοιών.

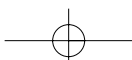
* Η αποφρακτική άπνοια, που είναι και η συχνότερα εμφανιζόμενη, συμβαίνει όταν ο αέρας δεν μπορεί να περάσει προς τους πνεύμονες λόγω μεγάλης στένωσης ή και απόφραξης του φάρυγγικού σωλήνα, μολονότι υπάρχει ερέθισμα για την αναπνευστική προσπάθεια.

Οι αποφρακτικές άπνοιες συνοδεύονται σχεδόν πάντα από βαρύ, ιδιαίτερα θορυβώδες ροχαλπτό μεταξύ δύο επεισοδίων άπνοιας, αν και εδώ πρέπει να τονιστεί ότι όποιος ροχαλίζει δεν πάσχει υποχρεωτικά από αυτή τη διαταραχή. Να σημειώσουμε ακόμη ότι και το απλό ροχαλπτό (δηλαδή αυτό που δεν συνοδεύεται από άπνοιες) οφείλεται σε στένωση του φάρυγγικού σωλήνα και υπό προϋποθέσεις μπορεί να προκαλέσει προβλήματα.

Τι είναι αυτό που προκαλεί τις αποφρακτικές άπνοιες; Κατά κανόνα άπνοια εκδηλώνεται όταν οι μύες του φάρυγγα και η γλώσσα χαλαρώνουν κατά τη διάρκεια του ύπνου, ως συνέπεια της απώλειας του μυϊκού τόνου, με αποτέλεσμα να στενεύει και τελικά να αποφράσσεται ο αναπνευστικός σωλήνας. Η διαδικασία αυτή δυσκολεύει πολύ την αναπνοή κατά τη διάρκεια του ύπνου, την κάνει θορυβώδη και κάποιες φορές (όταν ο φάρυγγας αποφραχθεί πλήρως) τη διακόπτει εντελώς.

ΠΟΙΟΙ ΚΙΝΔΥΝΕΥΟΥΝ

Πιο συχνά παθαίνουν άπνοιες άτομα με παράγοντες κινδύνου όπως η μεγάλη ηλικία, η παχυσαρκία, ο στενός εκ κατασκευής φάρυγγας, η ενδοπόθεση λίπους στο φάρυγγικό στόμιο που στενεύει ακόμη περισσότερο



Υπολογίζεται ότι άπνοια στον ύπνο αναπτύσσει περισσότερο από 2% έως 4% του ενήλικου πληθυσμού. Οι μεσήλικοι άνδρες την εμφανίζουν συχνότερα, τόσο από τα νεώτερα άτομα όσο και από τις γυναίκες

Τα συμπτώματα της αποφρακτικής άπνοιας

Όταν οι άπνοιες συνοδεύονται από χαρακτηριστικά συμπτώματα, αναφερόμαστε στο νόσημα ως σύνδρομο απνοιών στον ύπνο. Τα συμπτώματα αυτά είναι:

- Έντονο, θορυβώδες και διακεκομμένο ροχαλητό.
- Ανήσυχος, αναποτελεσματικός και μη αναζωογονητικός ύπνος.
- Ξαφνικές αφυπνίσεις με το αίσθημα του πνιγμού,
- Πρωινή κόπωση και κεφαλαλγία.
- Ημερήσια υπνηλία.
- Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς.
- Μείωση της μνήμης.
- Διάσπαση της προσοχής και μείωση της εργασιακής απόδοσης.
- Μείωση του σεξουαλικού ενδιαφέροντος.

τον αυλό, οι διογκωμένες αμυγδαλές και η ιδιαίτερα μυώδης γλώσσα με μεγάλη ρίζα.

Νοσογόνος παχυσαρκία (δηλαδή πάνω από 45 κιλά περισσότερα από το φυσιολογικό) είναι παρούσα στο 60%-90% των ασθενών με άπνοιες στον ύπνο. Φαίνεται ότι η κεντρική παχυσαρκία (μεγάλη κοιλιά) και ο παχύς και κοντός λαιμός συσχετίζονται εντονότερα με την εκδήλωση των απνοιών. Ωστόσο, εμφανίζουν άπνοιες και λεπτόσωμα άτομα χωρίς ιδιαίτερα στενό φάρυγγα, για λόγους που δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητοί. Πιθανώς κάποιες κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες και ανωμαλίες της κάτω γνάθου να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτά τα λεπτόσωμα άτομα. Επίσης, άπνοιες παρατηρούνται συχνά και σε όσους πάσχουν από ενδοκρινολογικά νοσήματα (όπως υποθυρεοειδισμός και μεγαλακρία), καθώς και σε άτομα στα οποία υπάρχει οικογενειακό ιστορικό απνοιών.

Η κατανάλωση αλκοόλ, ιδιαίτερα τη νύχτα και η χρήση υπνωτικών χαπιών επιδεινώνουν το πρόβλημα.

ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Η διάγνωση του συνδρόμου απνοιών στον ύπνο γίνεται από ειδικά εκπαιδευμένους στο αντικείμενο γιατρούς, συνήθως πνευμονολόγους, σε κατάλληλα εξοπλισμένα και στελεχωμένα κέντρα. Απαιτείται η συνεχής καταγραφή κατά τη διάρκεια του ύπνου διαφόρων σωματικών λειτουργιών, όπως η ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου, οι κινήσεις των ματιών, η μυϊκή δραστηριότητα, ο καρδιακός ρυθμός, η οξυγόνωση του αίματος, η αναπνευστική προσπάθεια κ.ά.

Η εξέταση αυτή ονομάζεται πολυπαραμετρική μελέτη ύπνου ή πολυπνογραφία. Σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα και τις θέσεις ομοφωνίας, επιβάλλεται η παρακολούθηση του εξεταζομένου κατά τη διάρκεια της εξέτασης από το τεχνικό προσωπικό του εργαστηρίου για την κατά το δυνατόν αξιόπιστη και αντιπροσωπευτική καταγραφή.

Nozovent®

Αναπνεύστε ελεύθερα!

ΡΙΝΙΚΟΣ ΔΙΑΣΤΟΛΕΑΣ

στα σπορ
στο ροχαλητό
στην αλλεργική ρινίτιδα



Ο ρινικός διαστολέας* Nozovent αυξάνει τη ρινική παροχή αέρα περισσότερο από 30%. Το Nozovent διανοίγει το στενότερο μέρος του μαλακού τμήματος των ρινικών οδών, διευκολύνοντας έτσι την αναπνοή από τη μύτη. Κάθε ρινικός διαστολέας μπορεί να χρησιμοποιηθεί τουλάχιστον 30 ημέρες.

ΡΙΝΙΚΕΣ ΤΑΙΝΙΕΣ

στα σπορ
στο ροχαλητό
στο κυλόγημα



Τις ρινικές ταινίες* Nozovent μπορείτε να τις χρησιμοποιήσετε σε καταστάσεις μόνιμης ή παροδικής ρινικής απόφραξης, μέχρι να αποκατασταθεί η ελεύθερη ρινική αναπνοή.

Σωστή αναπνοή σημαίνει ελεύθερη εισπνοή!

*Εγκεκριμένος σχεδιασμός και ευρεσιτεχνία. Παράγεται στη Σουηδία από την Pharmacure Health Care

CE

pharmaQ
for health

Φάρμακα - Ιατρικά Είδη
Εφέσου 6, Νέα Σμύρνη, 171 21,
ΤΗΛ: 210 9374576-8, FAX: 210 9374579
www.pharmaq.gr

ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ

Η διάγνωση του συνδρόμου δεν είναι απλή διότι, αφενός, υπάρχουν πολλές αιτίες που προκαλούν διαταραχή του ύπνου και, αφετέρου, κάθε διαταραχή της αναπνοής δεν είναι άπνοια.

Συνεπώς, το σωστό διάβασμα της ολονύκτιας καταγραφής από απολύτως εξειδικευμένο άτομο είναι θεμελιώδους σημασίας.

ΣΤΑΔΙΑ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ

Για την ταξινόμηση της βαρύτητας του συνδρόμου χρησιμοποιείται παραδοσιακά ένας απλουστευμένος δείκτης, ο οποίος ονομάζεται Απνοϊκός Υποπνοϊκός Δείκτης (Apnea Hypopnea Index, AHI) και δηλώνει τον αριθμό των επεισοδίων άπνοιας και υπόπνοιας ανά ώρα πραγματικού ύπνου.

Ήπιο θεωρείται το σύνδρομο με AHI 5-14, μέσης βαρύτητας με AHI 15-29 και βαρύ με AHI από 30 και πάνω.

Ο AHI όμως δεν εκφράζει απολύτως τη βαρύτητα της παθήσεως, δεδομένου ότι δεν λαμβάνει υπ' όψιν ούτε τη σοβαρότητα της νυχτερινής υποξαιμίας (δηλαδή το πόσο πολύ μειώνεται το οξυγόνο στο αίμα ως αποτέλεσμα της άπνοιας) ούτε τη συμπτωματολογία και τα συνυπάρχοντα νοσήματα του ασθενούς.

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Η θεραπεία του συνδρόμου στη μέγιστη πλειονότητα των ασθενών με βαρύ ή μέσης βαρύτητας σύνδρομο είναι η χρήση συνεχούς θετικής πίεσης στους ανώτερους αεραγωγούς μέσω ειδικής συσκευής (συμβολίζεται CPAP). Επειδή όμως στην Ιατρική δεν θεραπεύουμε αριθμούς αλλά ασθενείς, η θεραπεία ενός συγκεκριμένου ασθενούς εξαρτάται από το ιστορικό, τα ευρήματα της φυσικής εξέτασης και τα αποτελέσματα της πολυπνογραφίας του.

Πρέπει να τονιστεί, πάντως, εξ αρχής ότι αποτελεσματική φαρμακευτική θεραπεία δεν υπάρχει για την αντιμετώπιση των άπνοιών στον ύπνο. Και αυτό είναι λογικό αν λάβουμε υπ' όψιν ότι η εκδήλωση άπνοιών είναι συνήθως το αποτέλεσμα μηχανικής σύμπτωσης των τοιχωμάτων του φάρυγγα, την οποία δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπίσουν οι φαρμακευτικές ουσίες.

Στις θεραπευτικές δυνατότητες συμπεριλαμβάνονται:

■ Η χρήση συνεχούς θετικής πίεσης στους ανώτερους αεραγωγούς (CPAP). Θεωρείται παγκοσμίως θεραπεία εκλογής. Ο ασθενής φοράει μια μάσκα στη μύτη ή/και στο στόμα του κατά τη διάρκεια του ύπνου και μέσω αυτής, του χορηγείται αέρας υπό πίεση από ειδικό κομπρεσέρ.

Η πίεση του αέρα ρυθμίζεται έτσι ώστε να μην επιτρέπει τη σύμπτωση των τοιχωμάτων του φάρυγγα και την εκδήλωση άπνοιας, λειτουργώντας ουσιαστικά ως εσωτερικός αέρινος νάρθηκας αυτού.

Η ρύθμιση -πιλοποίηση της ιδανικής θετικής πίεσης γίνεται κατά τέτοιο τρόπο

πο κατά τη διάρκεια της δεύτερης ολονύκτιας πολυπνογραφίας ώστε να αντιμετωπίζονται, εκτός από τις άπνοιες και τις υπόπνοιες, και οι πτώσεις του οξυγόνου του αίματος καθώς και το ροχαλητό.

Τα επεισόδια των άπνοιών εξαφανίζονται και βελτιώνεται ταχέως η οξυγόνωση του αίματος και η ποιότητα του ύπνου.

Ο ασθενής πρέπει να χρησιμοποιεί τη συσκευή του CPAP στο σπίτι του κατά τη διάρκεια του ύπνου, τόσο για τη σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση της ημερήσιας συμπτωματολογίας (κόπωση, υπνηλία, κακή ποιότητα ζωής κ.λπ.) του συνδρόμου άπνοιών όσο και για τη μείωση του κινδύνου για εκδήλωση αρτηριακής υπέρτασης, στεφανιαίας νόσου, καρδιακής ανεπάρκειας και αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.

■ Ειδικά ενδοστοματικά εξαρτήματα. Τοποθετούνται πριν από τον ύπνο με σκοπό την προώθηση της κάτω γνάθου και τη διεύρυνση του φαρυγγικού αυλού.

Μπορεί να βοηθήσουν μερικούς ασθενείς με ήπιο πρόβλημα ή αυτούς που ροχαλίζουν, αλλά δεν έχουν άπνοιες.

■ Συντηρητικά μέτρα. Όπως η απώλεια βάρους, η διακοπή του καπνίσματος και η αποφυγή αλκοόλ, φαγητού και ηρεμιστικών χαπιών λίγο πριν από τον βραδινό ύπνο. Τα μέτρα αυτά μπορεί να βοηθήσουν, είτε ως μονοθεραπεία σε κάποιες περιπτώσεις είτε ως συμπληρωματική θεραπεία στο CPAP, που είναι και το συνθέστερο.

Σημειώνεται πως – με εξαίρεση κάποιες πολύ ειδικές περιπτώσεις – δεν θεωρείται πλέον χρήσιμη θεραπεία η χειρουργική αντιμετώπιση με επεμβάσεις στη σταφυλή, στις αδενοειδείς εκβλαστήσεις («κρεατάκια»), στις παρίσθμιες αμυγδαλές και στα λοιπά μαλακά μόρια της περιοχής του φάρυγγα με σκοπό τη διεύρυνση του αυλού του και την αποφυγή της απόφραξης. Και αυτό, διότι είναι τεκμηριωμένο βιβλιογραφικά ότι δεν προσφέρει μόνιμη λύση στο σύνδρομο, επειδή τις περισσότερες φορές οι άπνοιες και τα περισσότερα συμπτώματα επανεμφανίζονται μετά πάροδο κάποιων μηνών.

Σε μερικά άτομα, πάντως, συνήθως νεαρά με άπνοιες στον ύπνο, η χειρουργική αφαίρεση των αμυγδαλών ή/και των αδενοειδών εκβλαστήσεων, καθώς και η διόρθωση του ρινικού διαφράγματος, μπορεί να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα. ■

Η θεραπεία της άπνοιας στη μέγιστη πλειονότητα των ασθενών με βαρύ ή μέσης βαρύτητας σύνδρομο είναι η χρήση συνεχούς θετικής πίεσης στους ανώτερους αεραγωγούς μέσω ειδικής συσκευής (συμβολίζεται CPAP).

Οι επιπτώσεις από τη διακοπή της αναπνοής

Ως αποτέλεσμα των επανειλημμένων επεισοδίων αποφράξεως του φάρυγγα και των διακοπών της αναπνοής μειώνεται, πολλές φορές δραματικά, το οξυγόνο στο αίμα κατά τη διάρκεια του ύπνου με σοβαρότατες άμεσες ή απώτερες επιπτώσεις όπως αρτηριακή υπέρταση, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου ή επιδείνωση προϋπάρχουσας στεφανιαίας νόσου, καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμίες, αγγειακά

εγκεφαλικά επεισόδια, αναπνευστική ανεπάρκεια όταν συνυπάρχει και άλλη πνευμονοπάθεια και σε πολύ βαριές περιπτώσεις ακόμη και αιφνίδιος θάνατος.

Από την άλλη, ο ανήσυχος και μη αναζωογονητικός ύπνος καταλήγει σε χρόνια στέρση ύπνου και μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγή του χαρακτήρα, σε κοινωνική απόσυρση και κατάθλιψη.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η παράμετρος της ημερήσιας υπνηλίας διότι, όπως έχει αποδειχθεί, οι πάσχοντες από άπνοιες βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο τροχαίου ατυχήματος επειδή κοιμούνται στο τιμόνι. Πολλά «ανεξήγητα» και τις περισσότερες φορές θανατηφόρα τροχαία οφείλονται στην υπνηλία του οδηγού που πάσχει από άπνοιες στον ύπνο.



BECEL PRO.ACTIV. ΚΑΝΕΝΑ ΑΛΛΟ ΤΡΟΦΙΜΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ ΣΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗΣ

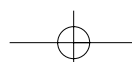
№1 ΕΠΙΛΟΓΗ
ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ*



Αποφασίζοντας για την υγεία σας, η Becel pro-activ είναι η καλύτερη επιλογή. Είναι η μόνη μαργαρίνη που περιέχει 100% φυτικές λιπαρές οξέες, που βοηθούν στην μείωση της χοληστερίνης στο αίμα. Είναι επίσης η μόνη μαργαρίνη που περιέχει 100% φυτικές λιπαρές οξέες, που βοηθούν στην μείωση της χοληστερίνης στο αίμα. Είναι επίσης η μόνη μαργαρίνη που περιέχει 100% φυτικές λιπαρές οξέες, που βοηθούν στην μείωση της χοληστερίνης στο αίμα.



*Από έρευνα που έγινε στην Ελλάδα, 2007, σύμφωνα με την οποία η Becel pro-activ είναι η καλύτερη επιλογή.



Η ΚΑΡΔΙΑ ΚΑΝΕΙ ΥΠΕΡΩΡΙΕΣ

**ΧΡΡΡΡΡ, ΧΡΡΡΡΡ,
ΧΡΡΡΡΡ. ΑΥΤΟΣ
ΕΙΝΑΙ ΕΝΑΣ ΗΧΟΣ
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΟΣ
ΣΤΑ ΑΥΤΙΑ ΚΥΡΙΩΣ
ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΔΩΝ
ΤΑ ΒΡΑΔΙΑ, ΟΤΑΝ
ΟΙ ΑΝΤΡΕΣ ΤΟΥΣ ΡΟΧΑΛΙΖΟΥΝ
(ΥΠΟΛΟΓΙΖΕΤΑΙ ΟΤΙ ΡΟΧΑΛΙΖΕΙ ΤΟ 25%
ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 30-60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ
ΜΟΝΟ ΤΟ 9% ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ). ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ
ΕΚΝΕΥΡΙΣΤΙΚΟΣ, Ο ΗΧΟΣ ΑΥΤΟΣ ΦΑΙΝΕΤΑΙ
ΟΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΣ.**



Του
**ΔΗΜΗΤΡΗ ΡΙΧΤΕΡ,
MD, FESC, FAHA**
διευθυντή Καρδιολογικής
Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών,
προέδρου Ομάδας Εργασίας
Πρόληψης Στεφανιαίας
Νόσου της Ελληνικής
Καρδιολογικής Εταιρείας

Ενώ το κοινό ροχαλτό όταν είναι ήπιο και περιοδικό ιδιαίτερα σε νεαρούς και υγιείς ενήλικους μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογικό, κάτι τέτοιο δεν ισχύει για την αποφρακτική υπνική άπνοια. Σε αυτή την περίπτωση, κατά το έντονο ροχαλτό διακόπεται η αναπνοή για μεγάλο διάστημα (πάνω από 10 δευτερόλεπτα) και 5-7 φορές την ώρα ή περισσότερο από 30 φορές κάθε βράδυ. Εξαιτίας της διακοπής, το οξυγόνο στο αίμα μειώνεται σημαντικά οδηγώντας σε υποξαιμία (μειωμένη οξυγόνωση) και κάποιου βαθμού αφύπνιση. Ο βαθύς ύπνος, που ξεκουράζει το σώμα και το πνεύμα, είναι σε τέτοιες περιπτώσεις αδύνατος και εάν δεν υπάρξει θεραπεία μπορεί με το πέρασμα του χρόνου να δημιουργηθούν πολλά και σοβαρά προβλήματα.



ΑΙΤΙΕΣ

Αιτία της υπνικής άπνοιας είναι η απόφραξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος (γι' αυτό αποκαλείται αποφρακτική υπνική άπνοια), που μπορεί να έχει πολλές αιτίες. Το να έχει κανείς συγκεκριμένο σωματότυπο (παχυσαρκία, βραχύς τράχηλος, αυξημένη περίμετρος λαιμού), το κάπνισμα, ορισμένα ιδιαίτερα κρανιοπροσωπικά χαρακτηριστικά (μικρή γνάθος), η δυσχερής ρινική αναπνοή λόγω σκολίωσης του ρινικού διαφράγματος ή άλλης παθολογίας, καθώς και το μέγεθος και η κατασκευή της γλώσσας, της μαλακής υπερώας και του κατώτερου τμήματος του φάρυγγα, μπορεί να οδηγήσουν σε αυτή την απόφραξη, ιδίως σε ύπτια θέση κατά τον ύπνο.

Συνήθως οι ίδιοι οι ασθενείς δεν αντιλαμβάνονται τι τους συμβαίνει κατά τη νυκτερινή κατάκλιση, αλλά οι σύντρο-

Συνήθως οι ασθενείς δεν αντιλαμβάνονται τι τους συμβαίνει αλλά οι σύντροφοί τους αναφέρουν ροχαλητό

φοί τους αναφέρουν έντονο ροχαλητό και διακοπή της αναπνοής που ακολουθείται από πνιγμονή και αγωνιώδη αναπνευστική προσπάθεια.

Βραχυπρόθεσμα, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν έντονο πρόβλημα κόπωσης και υπνηλίας κατά τη διάρκεια της ημέρας. Τα συνηθέστερα συμπτώματα των ανθρώπων που παρουσιάζουν άπνοια είναι να ξυπνούν κουρασμένοι, να μην μπορούν να συγκεντρωθούν και να επιζητούν συχνά διαλείμματα ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας.

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΕ ΚΑΡΔΙΑ - ΑΓΓΕΙΑ

Μακροπρόθεσμα, η άπνοια συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων.

Έχει διαπιστωθεί ότι η συνεχής αύξηση των ενδοθωρακικών πιέσεων λόγω πνιγμονής και αγωνιώδους αναπνευστικής προσπάθειας προκαλεί υπερτροφία των καρδιακών κοιλοτήτων και διαταραχή της ισορροπίας του συμπαθητικού-παρασυμπαθητικού συστήματος, το οποίο νευρώνει τον καρδιακό μυ και καθορίζει την καρδιακή μας συχνότητα – και το επακόλουθο είναι καρδιακές αρρυθμίες.

Επίσης φαίνεται πως αυξάνονται κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπόπνοιας η οξειδωση, οι παράγοντες θρόμβωσης, οι δείκτες φλεγμονής και άλλοι δείκτες της καρδιαγγειακής υγείας.

Επιπλέον, η ύπαρξη άπνοιας φαίνεται πως αυξάνει κατά 3 φορές την πιθανότητα εμφάνισης υπέρτασης μέσα σε 4-8 έτη, ανεξάρτητα από το σωματικό βάρος του πάσχοντος. Φαίνεται επίσης πως δυσκολεύει σημαντικά τη ρύθμιση της πίεσης με αντιυπερτασική αγωγή στα χρονίως υπερτασικά άτομα.

Σε όσους πάσχουν από στεφανιαία νόσο, εξάλλου, η ύπαρξη νυκτερινής άπνοιας αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιακού επεισοδίου.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Ακρογωνιαίος λίθος στη διάγνωση της υπνικής άπνοιας είναι η επονομαζόμενη πολυσωματοκαταγραφική μελέτη ύπνου.

Η μελέτη αυτή επιτρέπει την ταυτόχρονη και συνεχή καταγραφή πολλαπλών καρδιοαναπνευστικών παραμέτρων κατά τη διάρκεια του ύπνου. Σημαντικότερες εξ αυτών είναι ο υποαπνοϊκός δείκτης (ο αριθμός δηλαδή των επεισοδίων άπνοιας και υπόπνοιας ανά ώρα ύπνου) και οι διακυμάνσεις του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης στο αίμα. Με τις λαμβανόμενες τιμές καθορίζεται η βαρύτητα της υπνικής άπνοιας και σχεδιάζεται η αντιμετώπισή της.

Κλασικά, η μελέτη ύπνου πραγματοποιείται σε ειδικά διαμορφωμένες μονάδες των νοσοκομείων στις οποίες εισάγονται και διανυκτερεύουν οι ασθενείς.

Αν η αιτία της άπνοιας είναι κάποια ανατομική ανωμαλία (λ.χ. στο ρινικό διάφραγμα), η λύση είναι χειρουργική επέμβαση – συνήθως με μικρής βαρύτητας επεμβάσεις στη μύτη ή/και τον στοματοφάρυγγα κλιμακωτά, ανάλογα με τη βαρύτητα της πάθησης. ▶

Ο ύπνος βοηθά στην εξισορρόπηση του οργανισμού και η έλλειψή του, εξαιτίας της όποιας διαταραχής, οδηγεί σε αυξημένο, μόνιμο στρες που αυξάνει τις ποσότητες της αδρεναλίνης και της νοραδρεναλίνης – δύο ουσιών που όταν είναι αυξημένες αυξάνουν και τον κίνδυνο για υπέρταση και άλλα καρδιαγγειακά προβλήματα.

Έτσι, η αποφρακτική υπνική άπνοια δεν είναι η μοναδική διαταραχή ύπνου που αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο υπέρτασης. Στην πραγματικότητα, μελέτες δείχνουν πως και η αϋπνία μπορεί να έχει την ίδια επιπλοκή. Μία από τις νεώτερες διεξήχθη στο Κέντρο Μελέτης και Θεραπείας Ύπνου του Πολιτειακού Πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια, στο οποίο διευθυντής είναι ο δρ Αλέξανδρος Βγόντζας, και έδειξε πως η αϋπνία αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο υπέρτασης όταν οδηγεί σε δραστική περικοπή των ωρών ύπνου του ασθενούς.

Όπως έγραψαν ο δρ Βγόντζας και οι συνεργάτες του στην Επιθεώρηση «Sleep», επιστράτευσαν 1.741 εθελοντές οι οποίοι διανυκτέρευσαν για ένα βράδυ στο κέντρο τους, για να μετρήσουν πόσο ακριβώς κοιμόντουσαν. Το 8% είχαν αϋπνία, ενώ το 22% έπασχαν από άλλες διαταραχές ύπνου. Από το σύνολο των εθελοντών, το 50% κοιμήθηκαν 6 ή περισσότερες ώρες, το 25% κοιμήθηκαν 5-6 ώρες και οι υπόλοιποι λιγότερο από 5 ώρες. Μεταξύ των πασχόντων από αϋπνία οι οποίοι κοιμόντουσαν λιγότερο από 5 ώρες, ο κίνδυνος υπέρτασης ήταν κατά 50% υψηλότερος απ' ό,τι μεταξύ όσων δεν είχαν αϋπνία και κοιμήθηκαν πάνω από 6 ώρες. Ωστόσο, ο κίνδυνος υπέρτασης ήταν φυσιολογικός μεταξύ όσων έπασχαν από αϋπνία αλλά αυτή δεν τους εμπόδιζε να κοιμηθούν ένα 6ωρο ή περισσότερο.

Αυξημένο κίνδυνο υπέρτασης διέτρεχαν και οι εθελοντές με άλλες διαταραχές ύπνου, οι οποίοι δεν κατόρθωναν εξαιτίας τους να κοιμηθούν πάνω από 5 ώρες, αλλά η αύξηση αυτή ήταν πιο μικρή απ' ό,τι για τους εθελοντές με αϋπνία. Σύμφωνα με τον δρ Βγόντζα, ένας στους δέκα ανθρώπους έχει αϋπνία, αλλά οι συνέπειές της έχουν μελετηθεί πολύ λιγότερο απ' ό,τι αυτές της υπνικής άπνοιας. Προγενέστερες μελέτες έχουν δείξει ότι οι πάσχοντες από αϋπνία παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης (ορμόνη του στρες), μεγαλύτερη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (παίζει καθοριστικό ρόλο στη ρύθμιση του καρδιακού ρυθμού) και αυξημένα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης.

Η ύπαρξη άπνοιας αυξάνει κατά 3 φορές την πιθανότητα εμφάνισης υπέρτασης μέσα σε 4-8 έτη, ανεξάρτητα από το σωματικό βάρος του πάσχοντος

Σε περιπτώσεις βαριάς υπνικής άπνοιας απαιτείται εφαρμογή μάσκας συνεχούς θετικής πίεσης (CPAP) σε όλη τη διάρκεια του ύπνου και σε καθημερινή βάση. Η εφαρμογή της μάσκας ρυθμίζει μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα την αρτηριακή πίεση και μειώνει τις αρρυθμίες.

ΔΙΑΙΤΑ ΚΑΙ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ

Τι πρέπει να κάνει όμως κάποιος εάν οι άπνοιές του δεν οφείλονται σε ανατομικές ανωμαλίες, όπου το πρόβλημα θα λυθεί χειρουργικά από τους ωτορινολαρυγγολόγους γιατρούς, αλλά εξαρτώνται αποκλειστικά από τον ίδιο;

Το ερώτημα αυτό αφορά την πλειονότητα των ασθενών, καθώς στους περισσότερους απαιτούνται διαιτητικοί χειρισμοί για την απώλεια βάρους αλλά και διακοπή του καπνίσματος, ειδικά οι λοιπές θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι καταδικασμένες σε αποτυχία.

Η απώλεια βάρους είναι η πιο σημαντική ενέργεια που θα πρέπει να πραγματοποιήσει ένας πάσχων από άπνοια. Αύξηση του σωματικού βάρους κατά 10% πάνω από το φυσιολογικό αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης άπνοιας κατά 6 φορές. Πολλές φορές υπάρχει ένα «κατώφλι» βάρους, πάνω από το οποίο αρχίζει το ροχαλητό. Οι δίαιτες-αστραπή δεν ωφελούν. Έχει διαπιστωθεί πως κάθε φορά που ένας άνθρωπος χάνει απότομα βάρος με εξαντλητική δίαιτα, ξαναπαίρνει όλα τα κιλά που έχασε μέσα σε 6 μήνες, μετατρέποντας ταυτόχρονα το σώμα του σε μία ολοένα και περισσότερο λιπώδη μάζα.

Και αυτό, διότι με το απότομο αδυνάτισμα χάνει λίγο λίπος και πολύ μυϊκό ιστό, ενώ όταν ξαναπαχύνει παίρνει μόνο λίπος.

Ποια ισορροπημένη δίαιτα είναι η καλύτερη (π.χ. λίγοι υδατάνθρακες και πολλές πρωτεΐνες ή άλλοι συνδυασμοί); Πρόσφατα, μία μεγάλη μελέτη έδειξε πως αυτό δεν έχει και τόσο σημασία, γιατί ανεξάρτητα από το είδος της δίαιτας που ακολουθεί κανείς εφόσον αυτή οδηγεί σε αργή απώλεια βάρους, στον 1 χρόνο όλες επιφέρουν παρόμοια απώλεια κιλών.

Το μόνο που μετράει είναι πόσες θερμίδες προσλαμβάνει κανείς από το διαιτολόγιό του και πόσες θα έχει ξοδέψει έως το τέλος κάθε ημέρας.

Η διαδικασία απώλειας βάρους είναι επίπονη και διαρκεί για όλη τη ζωή. Οι μικρές αλλαγές στο βάρος, οι οποίες όμως είναι σταθερές, μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικά μακροπρόθεσμα οφέλη.

Όταν φυσικά το θέμα είναι η κατανάλωση θερμίδων, πρέπει όλοι να θυμόμαστε τη σημασία της άσκησης. Κανένας άνθρωπος που έχει περάσει τα 30 του δεν μπορεί να χάσει εύκολα βάρος όταν είναι όλη μέρα καθισμένος πίσω από ένα γραφείο.

Μία ώρα περπάτημα την ημέρα, με γρήγορο βήμα, είναι μία καλή αρχή για να θέσουμε σε σωστή και υγιεινή βάση τη ρύθμιση του βάρους μας. ■

Όχι στο τσιγάρο, ναι στο περπάτημα

Η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί μία άλλη σημαντική παρέμβαση την οποία πρέπει να πραγματοποιήσουν οι πάσχοντες από άπνοια. Όπως φαίνεται, η φλεγμονή στα μαλακά μόρια του τραχήλου (στον λαιμό) λόγω του καπνίσματος με τη συνοδό υπεραιμία (αυξημένη αιμάτωση) που προκαλεί, αυξάνει σημαντικά την επίπτωση της άπνοιας.

Δυστυχώς στην Ελλάδα ένας στους δύο ενήλικους είναι καπνιστής, όπως είδαμε στον «Μήνα Χοληστερίνης» που πραγματοποιούμε κάθε χρόνο με το Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας (ΕΛΙΚΑΡ) σε 35.000 εθελοντές. Το ποσοστό αυτό μας φέρνει στις υψηλότερες θέσεις καπνιστών στον κόσμο.

Η εξάρτηση από τη νικοτίνη αποτελεί ένα πολύπλοκο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα. Από τη στιγμή που εμφανίζεται είναι δύσκολο να σπάσει. Τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος είναι πολύ χαμηλά συγκριτικά με το ποσοστό όσων επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα.

Υπολογίζεται ότι μόνο το 3% εξ όσων θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα καταφέρνουν να το πετύχουν, ενώ στα εξαρτημένα από τη νικοτίνη άτομα το σύνδρομο στέρησης μπορεί να διαρκέσει από λίγες ημέρες μέχρι αρκετούς μήνες. Σήμερα έχουμε τη δυνατότητα να βοηθήσουμε φαρμακευτικά και ψυχολογικά τους καπνιστές που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα, καθώς η φαρμακευτική θεραπεία της διακοπής του καπνίσματος εξελίσσεται συνεχώς.

Αρχικά, το 1984, είχαμε διαθέσιμα μόνο τα αυτοκόλλητα νικοτίνης (συνιστάται να τα χρησιμοποιείτε κανείς μέχρι 16 ώρες ημερησίως) και τις τσιγές νικοτίνης (9-12 ημερησίως, αλλά μπορεί να φτάσει κανείς μέχρι τις 25), τα οποία βοηθούν μεν αρκετά όποιον επιθυμεί να απαλλαγεί από το τσιγάρο, αλλά χωρίς θεαματικά αποτελέσματα.



Πριν από λίγα χρόνια εγκρίθηκε για τη διακοπή του καπνίσματος η βουπροπιόνη – ένα φάρμακο το οποίο είχε σχεδιαστεί ως αντικαταθλιπτικό, αλλά διαπιστώθηκε ότι έχει καλά αποτελέσματα στη διακοπή του καπνίσματος.

Η βουπροπιόνη αυξάνει το ποσοστό διακοπής ειδικά σε συνδυασμό με τα αυτοκόλλητα νικοτίνης, αλλά λόγω της φύσης της έχει ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως αύπνία (30% των ασθενών), κεφαλαλγία (25%) και ξηροστομία (10%). Η έναρξη λήψης της είναι 7 ημέρες πριν από την ημερομηνία που ο ασθενής έχει θέσει ως ημέρα διακοπής του καπνίσματος.

Προσφάτως, στο φαρμακευτικό οπλοστάσιο κατά του καπνίσματος προστέθηκε ένας αγωνιστής των υποδοχών της νικοτίνης – ένα φάρμακο που ονομάζεται βαρενικλίνη και δρα καταλαμβάνοντας εν μέρει τους υποδοχείς νικοτίνης στον εγκέφαλο. Η «κατάληψη» αυτή σημαίνει πως οι υποδοχείς αδρανοποιούνται και έτσι δεν δίνουν το

σήμα έλλειψης νικοτίνης για να αρχίσει το σύνδρομο στέρησης στον ίδιο βαθμό. Συχνά, όσοι συνεχίζουν να καπνίζουν ενώ λαμβάνουν βαρενικλίνη νιώθουν έντονη μείωση της ικανοποίησης από το κάπνισμα. Όπως και στην περίπτωση της βουπροπιόνης, η έναρξη λήψης της βαρενικλίνης είναι μία εβδομάδα πριν από την ημερομηνία που θέλουμε να κόψουμε το κάπνισμα.

Η διάρκεια θεραπείας υπολογίζεται στους 3 μήνες, αλλά εάν υπάρχει υποψία υποτροπής συνιστάται η περαιτέρω λήψη για άλλους 3 μήνες.

Σε κλινικές μελέτες με 3.500 ασθενείς διαπιστώθηκε ότι η βαρενικλίνη είχε τετραπλάσια ποσοστά επιτυχίας απ' ό,τι το να προσπαθεί να κόψει κανείς το τσιγάρο μόνος του.

Η λήψη βαρενικλίνης ταυτοχρόνως με συμπληρώματα νικοτίνης δεν συνιστάται, ενώ οι ανεπιθύμητες ενέργειές της είναι ναυτία, αύπνία και κεφαλαλγίες (12% των ασθενών).

Το πιο σημαντικό, πάντως, κομμάτι στη διακοπή του καπνίσματος είναι η πραγματική απόφαση του καπνιστή να κόψει το τσιγάρο. Όπως αναφέρει ο Richard Klein στο βιβλίο του «Το κάπνισμα είναι θεσπέσιο», είναι σημαντικό ο καπνιστής να διακόψει όχι γιατί τρομοκρατείται από τη συνεχή πίεση που του ασκείται, αλλά γιατί ο ίδιος συνειδητοποιεί ότι κάποια στιγμή πρέπει να επιλέξει μεταξύ ενός καλού και αγαπημένου "φίλου" που τον συνόδευσε σε πολλές σημαντικές στιγμές της ζωής του και της ίδιας της ζωής του».

Επειδή, λοιπόν, το ροχαλητό δεν είναι πάντα ένας ενοχλητικός και αθώος σύντροφος του νυχτερινού ύπνου μας, αν μας λένε ότι ροχαλίζουμε και σταματάει η αναπνοή μας πρέπει να λάβουμε μέτρα πριν να είναι αργά – και τα δύο σημαντικότερα για την καρδιαγγειακή υγεία είναι: τέλος στο κάπνισμα, έναρξη στο περπάτημα.



Κάθε μέρα η Υγεία
στις οθόνες σας

στο www.tanea.gr/ygeia



ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΗΣΥΧΩΝ ΠΟΔΙΩΝ

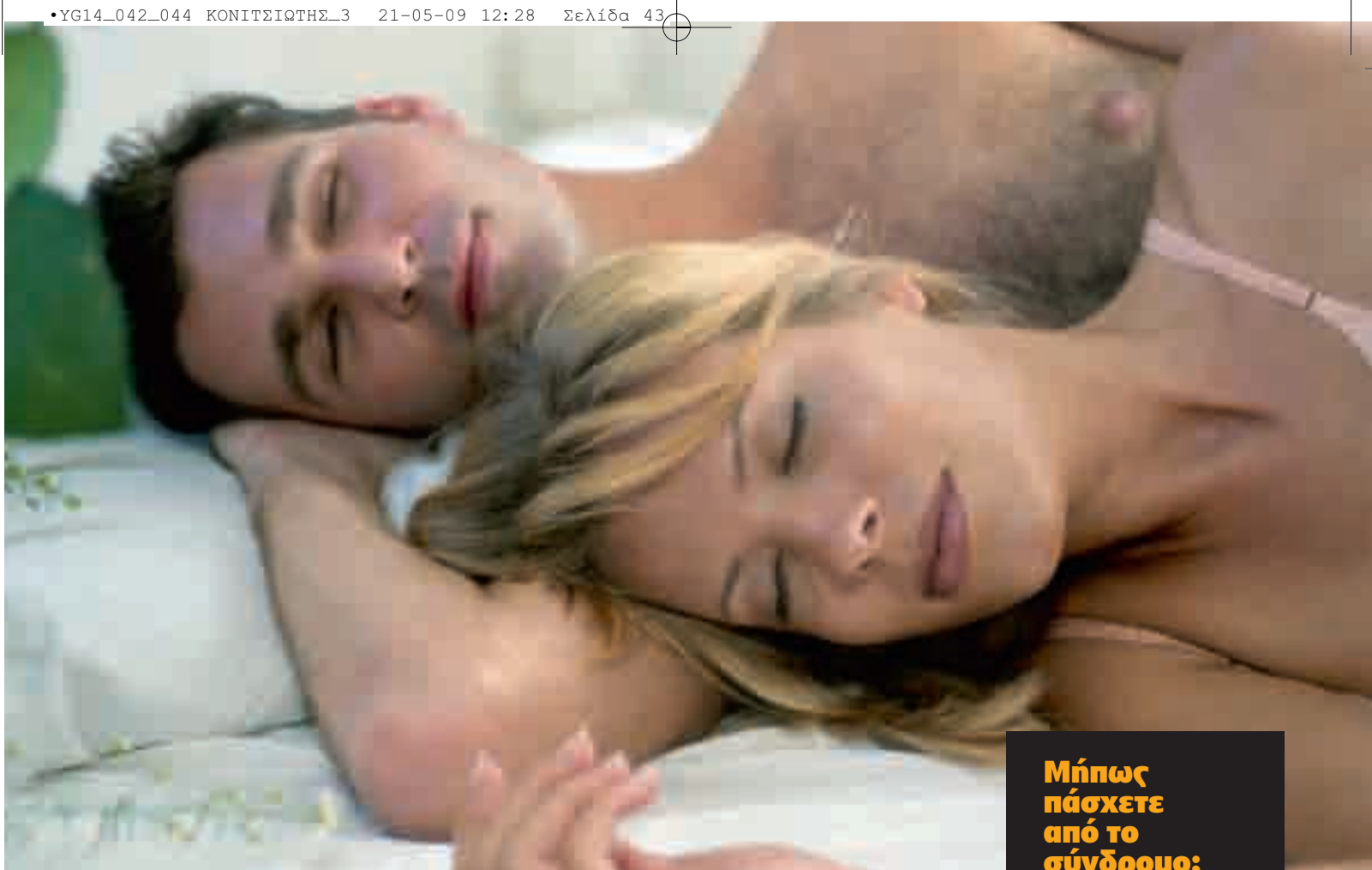
ΑΤΕΛΕΙΩΤΟΣ «ΧΟΡΟΣ»

ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΣΕ ΟΛΟ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΩΝ ΑΝΗΣΥΧΩΝ ΠΟΔΙΩΝ – ΜΙΑ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ, Η ΟΠΟΙΑ ΜΕΤΑΤΡΕΠΕΙ ΣΕ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΚΟΛΑΣΗ ΤΙΣ ΝΥΧΤΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΚΑΘΕ ΑΛΛΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΕΙ ΠΟΛΥΩΡΗ ΑΚΙΝΗΣΙΑ.

Του
ΣΠΥΡΟΥ ΚΟΝΙΤΣΙΩΤΗ
Επικούρου καθηγητή
Νευρολογίας της Ιατρικής Σχολής
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Το κύριο χαρακτηριστικό του συνδρόμου ανήσυχων ποδιών (ΣΑΠ) είναι μια έντονη επιθυμία να κινήσει κανείς τα πόδια του, η οποία συνήθως συνοδεύεται από ένα δυσάρεστο σύμπτωμα στα πόδια που κάθε άνθρωπος περιγράφει και διαφορετικά. Τα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται ή επιδεινώνονται με την ανάπαυση και βελτιώνονται ή υποχωρούν με την κίνηση. Το σύνδρομο συνήθως εμφανίζεται ή επιδεινώνεται το απόγευμα ή το βράδυ μετά την κατάκλιση και μπορεί να προκαλεί διαταραχή της έλευσης, της διάρκειας ή της ποιότητας του ύπνου.

Το ΣΑΠ έχει αποδοθεί στα ελληνικά και με τις ονομασίες «σύνδρομο ανήσυχων κνημών» και «σύνδρομο ανήσυχων άκρων» (από τον αγγλικό όρο restless leg syndrome). Η διάγνωση του συνδρόμου στηρίζεται αποκλειστικά στην αξιοπιστία των συμπτωμάτων που αναφέρει ο ασθενής, καθώς δεν υπάρχει μέχρι σήμερα κάποια ειδική εξέταση για την επιβεβαίωσή της. Το πρόβλημα είναι ότι η διαταραχή αυτή παραμένει συχνά αδιάγνωστη και τα συμπτώματά της συγχέονται συνήθως με άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως φλεβική ανεπάρκεια, πολυνευροπάθεια, εκφυλιστική αρθροπάθεια της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, νεύρωση, κ.λπ.



Μήπως πάσχετε από το σύνδρομο;

Υπάρχουν τρεις απλές ερωτήσεις, στις οποίες η καταφατική απάντηση πρέπει να εγείρει υποψίες για σύνδρομο ανήσυχων ποδιών:

- 1.** Έχετε δυσάρεστα συμπτώματα/ανησυχία στα πόδια, που σας δημιουργούν την επιθυμία/ανάγκη να τα κινήσετε;
- 2.** Αυτή η δυσάρεστη αίσθηση/ανησυχία στα πόδια μήπως εμφανίζεται μόνο ή κυρίως όταν ξεκουράζεστε και ανακουφίζεται όταν κινηθείτε;
- 3.** Είναι τα συμπτώματα αυτά χειρότερα κατά τις νυχτερινές ώρες;

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Το ΣΑΠ εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες και η συχνότητά του αυξάνεται παράλληλα με την ηλικία. Η συχνότητα εμφάνισης στον γενικό πληθυσμό είναι 10%-15%. Οι γυναίκες ασθενείς είναι διπλάσιες από τους άνδρες, ενώ είναι πιο συχνό σε ανθρώπους ηλικίας άνω των 40 ετών, δίχως όμως αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορεί να εμφανιστεί και σε νεώτερες ηλικίες – ακόμα και σε παιδιά. Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον ένας στους τέσσερις ή ένας στους τρεις από τους πάσχοντες χρειάζεται θεραπευτική παρέμβαση. Σε ορισμένες περιπτώσεις το σύνδρομο μπορεί να συνοδεύει άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως αναιμία, νεφρική ανεπάρκεια, πολυνευροπάθεια κ.λπ. Ιδιαίτερα θα πρέπει να τονιστεί ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων του ΣΑΠ και της έλλειψης σιδήρου στον οργανισμό. Στις περιπτώσεις αυτές έχει αποδειχθεί ευεργετική η χορήγηση σιδήρου.

Στις πιο ήπιες περιπτώσεις τα συμπτώματα εμφανίζονται μόνο περιστασιακά και μπορεί να αναφέρονται απλά ως ένα δυσάρεστο αίσθημα στα κάτω άκρα την ώρα της κατάκλισης. Στις σοβαρότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα είναι έντονα, διαρκούν περισσότερο και προκαλούν σοβαρή διαταραχή του ύπνου, γεγονός που τελικά μπορεί να οδηγήσει τον πάσχοντα στον ιατρό.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Όπως προαναφέρθηκε, το πιο χαρακτηριστικό σύμπτωμα του ΣΑΠ είναι η έντονη επιθυμία του ασθενούς να κινήσει τα πόδια του, η οποία συνοδεύεται από ένα δυσάρεστο, συχνά ακαθόριστο αίσθημα στα πόδια, κυρίως στις κνήμες – ένα αίσθημα το οποίο πολλοί ασθενείς περιγράφουν ως «κάψιμο», «βελονιές», ζέστη, κρύο, ηλεκτρική εκφόρτιση, σφίξιμο, αίσθημα φυσαλλίδων στα αγγεία των άκρων, βάρος, «μυρμήγκιασμα», πίεση κ.λπ. Υπάρχουν πάντως και ασθενείς οι οποίοι δεν παρουσιάζουν επιθυμία να κινήσουν τα πόδια τους, αλλά νιώθουν κάτι βαθιά μέσα στις κνήμες τους, το οποίο δεν μπορούν να περιγράψουν.

Η επιθυμία του ασθενούς να κινήσει τα πόδια του, καθώς και το δυσά-

ρεστο αίσθημα στα πόδια, αρχίζει ή επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια της ανάπαυσης ή/και της διακοπής της κινητικής δραστηριότητας (όταν κάθεται σε καρέκλα ή όταν ξαπλώνει στο κρεβάτι).

Είναι πολύ χαρακτηριστικό το ότι όλα αυτά τα συμπτώματα ανακουφίζονται σημαντικά με την κίνηση. Οι περισσότεροι ασθενείς γνωρίζουν πολύ καλά, πριν επισκεφθούν ακόμη τον γιατρό τους, την ευεργετική δράση της κίνησης στα συμπτώματά τους. Γι' αυτό πολλές φορές περιγράφουν από μόνοι τους αυτό το φαινόμενο και ιδιαίτερα το βράδυ που μένουν ξύπνιοι βηματίζοντας στο υπνοδωμάτιό τους μέχρι να υποχωρήσουν τα συμπτώματα και να μπορέσουν να κοιμηθούν. Τα συμπτώματα μπορεί να υποχωρήσουν όχι μόνο με το περπάτημα αλλά και με το τέντωμα, την κάμψη, την έκταση ή το κτύπημα των άκρων. Μερικοί ασθενείς αναφέρουν βελτίωση και όταν αυξάνουν ή μειώνουν τη θερμοκρασία των άκρων και του σώματος με ζεστό ή κρύο μπάνιο.

Με την πάροδο του χρόνου (συχνά πολλά έτη) επέρχεται συνήθως προοδευτική επιδείνωση της έντασης των συμπτωμάτων και μείωση του βαθμού ανακούφισης που παρέχει η κινητική δραστηριότητα. Πολλοί ασθενείς επισκέπτονται τον γιατρό τους σε αυτήν τη φάση της νόσου για να ζητήσουν βοήθεια.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΗΣΥΧΩΝ ΠΟΔΙΩΝ

Χαρακτηριστικά γνωρίσματα

1 Έντονη επιθυμία για κίνηση των ποδιών, η οποία συνήθως συνοδεύεται από δυσάρεστο αίσθημα στα πόδια (σαν «κάψιμο», «βελονιές», ζέστη, κρύο, ηλεκτρική εκφόρτιση, σφίξιμο, αίσθημα φυσαλλιδιών στα αγγεία των άκρων, βάρος, «μυρμηγκίασμα», πίεση κ.λπ.). Υπάρχουν όμως και κάποιοι ασθενείς που δεν νιώθουν την ανάγκη να κινήσουν τα πόδια τους.

2 Έντονη επιθυμία για κίνηση των ποδιών ή/και δυσάρεστο αίσθημα στα πόδια που αρχίζει ή επιδεινώνεται στην ανάπαυση ή σε έλλειψη δραστηριότητας (όπως όταν κανείς κάθεται ή όταν ξαπλώνει).

3 Έντονη επιθυμία για κίνηση των ποδιών ή/και δυσάρεστο αίσθημα στα πόδια που ανακουφίζεται ή εξαφανίζεται πλήρως κατά τη διάρκεια της κίνησης (όπως με το περπάτημα ή το τέντωμα των ποδιών), τουλάχιστον για όσο διαρκεί η κίνηση.

4 Έντονη επιθυμία για κίνηση των ποδιών ή/και δυσάρεστο αίσθημα στα πόδια που είναι χειρότερο τη νύχτα σε σχέση με την ημέρα ή εμφανίζεται μόνο κατά τις βραδινές ώρες. Η επιδείνωση το βράδυ σε σχέση με την ημέρα δεν παύει να είναι τόσο εμφανής, καθώς εξελίσσεται το σύνδρομο και η σοβαρότητά του.

Δυσκολίες στην καθημερινή ζωή

Οι πάσχοντες από σύνδρομο ανήσυχων ποδιών μπορεί να παραπονούνται για πολλά προβλήματα στη ζωή τους:

- Διαταραχές ύπνου
- Δεν μπορούν να καθίσουν ακίνητοι
- Παράξενοι πόνοι, στα πόδια και επιθυμία για κίνησή τους
- Κοινωνικές επιπτώσεις (δυσκολία/ανησυχία σε θέατρο, σινεμά, εστιατόρια)
- Προβλήματα με τα μεγάλα ταξίδια με αυτοκίνητο ή αεροπλάνο
- Επιπτώσεις στον σύντροφο στο κρεβάτι

Στα αρχικά στάδια του συνδρόμου τα συμπτώματα εμφανίζονται μόνο το απόγευμα, το βράδυ ή έπειτα από μεγάλη περίοδο περιορισμού των κινήσεων (π.χ. σε αεροπλάνο) ενώ σε προχωρημένες και σοβαρές μορφές αυτός ο διαχωρισμός μπορεί να μην είναι εμφανής. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με ΣΑΠ αναφέρουν θετικό κληρονομικό ιστορικό, το οποίο είναι και ενισχτικό στοιχείο για τη διάγνωση.

Η ΣΧΕΣΗ ΣΑΠ ΚΑΙ ΥΠΝΟΥ

Πέραν των κινητικών και αισθητικών φαινομένων, το ΣΑΠ προκαλεί συχνά και διαταραχές του ύπνου – ιδιαίτερα σε πάσχοντες από μετρίου ή σοβαρού βαθμού σύνδρομο. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να έχουν τον χαρακτήρα της αϋπνίας, της δυσκολίας στην έλευση του ύπνου ή της διάσπασης του ύπνου και οδηγούν πολύ συχνά σε

υπνηλία ή αίσθημα κόπωσης κατά τη διάρκεια της ημέρας σε μειωμένη απόδοση στην εργασία, σε εκνευρισμό και σε αγχώδη ή καταθλιπτική συνδρομή. Πολλοί παράγοντες – όπως ορισμένα φάρμακα, η χρήση διαφόρων ουσιών (καφεΐνη, αλκοόλ, νικοτίνη κ.ά.), η έλλειψη σιδήρου κ.ά. – μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα του ΣΑΠ. Στα φάρμακα τα οποία μπορεί να εντείνουν το ΣΑΠ συμπεριλαμβάνονται τα αντιψυχωσικά, ορισμένα αντιεμετικά, τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά και τα αντιισταμινικά.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σκοπός της θεραπείας στο ΣΑΠ είναι η αντιμετώπιση των ενοχλητικών συμπτωμάτων του συνδρόμου στη διάρκεια του ύπνου ή των περιόδων ακινησίας (όταν ο ασθενής ξαπλώνει, κάθεται, ξεκουράζεται κ.λπ.). Ως δευτερογενές όφελος προκύπτει η βελτίωση των διαταραχών του ύπνου, της κόπωσης ή της υπνηλίας

στη διάρκεια της ημέρας, αλλά και η βελτίωση της λειτουργικότητας και της αποδοτικότητας του ασθενούς τόσο στην εργασία, όσο και στην ικανότητά του να συμμετέχει σε διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες (ταξίδια, θέατρο, εστιατόριο, κ.ά.).

Για την αντιμετώπιση του συνδρόμου είναι εγκεκριμένα δύο φάρμακα που ανήκουν στην οικογένεια των αγωνιστών ντοπαμίνης: η ροπινιρόλη και ηπραμιπεξόλη. Έχει διαπιστωθεί ότι χορήγηση μικρής μόνο δόσης των φαρμάκων αυτών 1-2 ώρες πριν ξαπλώσει ο ασθενής το βράδυ, αρκεί συνήθως για θεαματική βελτίωση μέσα σε μία εβδομάδα από την έναρξη της αγωγής. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η ευεργετική επίδρασή τους στα δυσάρεστα αισθητικά και κινητικά συμπτώματα αρχίζει πολύ πιο γρήγορα από ό,τι εθεωρείτο έως τώρα, ενώ ακόμα και πάσχοντες από σοβαρό ΣΑΠ ανακουφίζονται σημαντικά από όλα τα συμπτώματα του συνδρόμου, από την πρώτη κιόλας νύχτα. Η θεραπεία, ε φάρμακα δεν αντιμετωπίζει μόνο αυστηρά τα συγκεκριμένα συμπτώματα του ΣΑΠ, αλλά έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει γενικότερα την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών. ■

Υπολογίζεται ότι το 10%-15% του γενικού πληθυσμού πάσχει από σύνδρομο ανήσυχων ποδιών. Οι γυναίκες ασθενείς είναι διπλάσιες από τους άνδρες, εμφανίζεται συχνότερα σε ανθρώπους ηλικίας άνω των 40 ετών, αλλά μπορεί να εκδηλωθεί ακόμα και σε παιδιά

Η ζωή είναι μικρή
για να χάνεται η ελπίδα.

Αυτό πιστεύουμε στην GENESIS Pharma, την ελληνική φαρμακευτική εταιρεία που από το 1997 βρίσκεται μεταξύ των πρωτοπόρων του φαρμακευτικού κλάδου στην Ελλάδα και την Κύπρο.

Γι' αυτό φροντίζουμε να φέρνουμε τις εξελίξεις της βιοτεχνολογίας κοντά στον άνθρωπο.
Για να αντιμετωπίσει με ελπίδα τη δύσκολη ασθένειά του.

Για να ζει με αισιοδοξία, να ζει καλύτερα.



Από το 2003, η GENESIS Pharma κατατάσσεται κάθε χρόνο μεταξύ των εταιρειών με το καλύτερο εργασιακό περιβάλλον στην Ελλάδα, ενώ την περίοδο 2005-2008 διακρίθηκε στον αντίστοιχο διαγωνισμό των 100 καλύτερων εργοδοτών της Ευρώπης.



ΠΕΠΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Ο ΥΠΝΟΣ ΠΕΡΝΑΕΙ ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΟ **ΣΤΟΜΑΧΙ**

Ο ΥΠΝΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ, ΟΝΤΑΣ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΟΜΕΝΩΣ ΤΗΣ ΥΠΝΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΥΠΟ ΤΗ ΜΟΡΦΗ ΑΪΠΝΙΑΣ Η «ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΟΥ» ΥΠΝΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ.



Του
ΙΩΑΝΝΗ Κ. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗ,
Ph.D., F.E.B.G., M.A.C.G.,
Διευθυντή Γαστρεντερολογικού
Τμήματος Γενικού Κρατικού
Νοσοκομείου Νίκαιας, καθηγητή
Ιατρικής Σχολής Ιατρικού Πανεπιστημίου
Ιασίου (Ρουμανία)

Πολλές παθήσεις του πεπτικού συστήματος επηρεάζουν την ποιότητα αλλά και την ποσότητα του καθημερινού ύπνου. Ο κακός ύπνος συχνά συνοδεύεται από συμπτώματα από το ανώτερο και κατώτερο πεπτικό σύστημα, ενώ πολλές χρόνιες παθήσεις συνοδεύονται από μικρή διάρκεια ύπνου καθώς και από απουσία ευχαρίστησης κατά τον ύπνο, πράγμα που χειροτερεύει την υποκείμενη νοσηρή κατάσταση.

Από την άλλη πλευρά, είναι επίσης αποδεκτό ότι κατά τη διάρκεια του ύπνου πολλές σωματικές λειτουργίες μεταβάλλονται και μάλιστα σε σημαντικό βαθμό. Στη συνέχεια θα αναφερθούν οι κυριότερες καταστάσεις που προκαλούν διαταραχές του ύπνου. Αυτές είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος, το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου και οι καρκίνοι του πεπτικού συστήματος.

ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση αποτελεί σημαντική αιτία διαταραχής του ύπνου επειδή προκαλεί διακοπή του και απότομη έγερση από το κρεβάτι λόγω του οπισθοστερνικού καύσου (καούρες), της δυσπεψίας, της παλινδρόμησης υδαρούς περιεχομένου στο στόμα και του βήχα που επιφέρει.

Η διακοπή του ύπνου αυξάνει την αίσθηση του πόνου και πλήττει την ποιότητα της ζωής.

Τα συμπτώματα της νόσου μπορεί να εκδηλώνονται καθημερινά ή 2-3 φορές την εβδομάδα. Όταν εκδηλώνονται σε άτομα ηλικίας άνω των 45 ετών και επιμένουν για μερικές εβδομάδες, ο πάσχων πρέπει να πάει οπωσδήποτε στον γιατρό.





Πότε είναι απαραίτητη η γαστροσκόπηση

Όταν ένας άνθρωπος έχει συμπτώματα γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, η διάγνωση τίθεται κυρίως με βάση την κλινική εικόνα και όχι τη γαστροσκόπηση, διότι ο ένας στους δύο ασθενείς μπορεί να μην έχει ευρήματα, εάν πάσχει από μη διαβρωτική γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο.

Έτσι, η γαστροσκόπηση συνιστάται:

- ✓ **Στα ανθρώπους με ανησυχητικά συμπτώματα πέραν των κλασικών (όπως απώλεια βάρους, ψηλαφητό μόρφωμα ψηλά στην κοιλιά, αναιμία, καταβολή δυνάμεων)**
- ✓ **Στα άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών**

Η γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος αποτελεί ένα από τα πλέον συνήθη προβλήματα υγείας του δυτικού κόσμου. Υπολογίζεται ότι κάθε εβδομάδα, δύο στους δέκα ενήλικες ταλαιπωρούνται από αυτήν, ενώ κάθε μήνα ο ένας στους δύο.

Η νόσος χωρίζεται σε δύο είδη: στη διαβρωτική και στη μη διαβρωτική, που έχουν τα ίδια συμπτώματα, την ίδια αντιμετώπιση, αλλά στη δεύτερη δεν παρουσιάζει ο οισοφάγος ορατές βλάβες (με το γαστροσκόπιο) οφειλόμενες στην παλινδρόμηση του περιεχομένου του στομάχου.

Στην περίπτωση της διαβρωτικής παλινδρομικής νόσου, δεν είναι μόνον τα ενοχλήματα τα οποία ανησυχούν, αλλά και οι δυνητικές επιπλοκές της που επιβάλλουν την έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση. Τέτοιες επιπλοκές είναι οι στενώσεις του οισοφάγου, ο οισοφάγος Barrett (αποτελεί προκαρκινική κατάσταση) και ο καρκίνος του οισοφάγου.

Σημειώνεται ότι η μη διαβρωτική γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος είναι πιο συχνή σε νέους ανθρώπους (20-35 ετών), στις γυναίκες και σε άτομα με ψυχική αστάθεια, τα οποία δεν είναι κατ' ανάγκην υπέρβαρα ή παχύσαρκα, ούτε έχουν διαφραγματοκίλη, που συνήθως συμμετέχουν σημαντικά στη διαβρωτική γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο.

Πρόσφατες μελέτες αποδεικνύουν ότι η γαστροοισοφαγική παλιν-

δρόμηση που επισυμβαίνει στη διάρκεια του ύπνου έχει ως αποτέλεσμα παράταση του χρόνου που απαιτείται για την κάθαρση του οισοφάγου από το υδροχλωρικό οξύ του στομάχου που παλινδρομεί, γεγονός που έχει ως συνέπεια τη βλάβη του οισοφάγου.

Τα υπάρχοντα δεδομένα υποστηρίζουν την άποψη ότι η παλινδρόμηση που επισυμβαίνει στη διάρκεια του ύπνου είναι αιτία οισοφαγίτιδας (φλεγμονής στον οισοφάγο), έξαρσης του βρογχικού άσθματος, φαρυγγολαρυγγίτιδας, καταστροφής των δοντιών και πνευμονικής εισρόφησης. Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση προκαλεί χρόνιο βήχα με διαφορετικούς μηχανισμούς που περιλαμβάνουν εισρόφηση, καθώς και ενεργοποίηση τοπικών και κεντρικών νευρικών αντανακλαστικών. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι ο βήχας και η παλινδρόμηση προκαλούν το ένα το άλλο, μέσω ενός φαύλου κύκλου.

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση έχει επίσης συσχετισθεί με αποφρακτικού τύπου άπνοια στη διάρκεια του ύπνου.

Όσον αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση, η γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος ανταποκρίνεται στη χορήγηση φαρμάκων που μειώνουν την οξύτητα του γαστρικού περιεχομένου.

Οι αναστολές της αντλίας πρωτονίων (ομεπραζόλη, λανσοπραζόλη,

ΠΕΠΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Δυσπεψία: ένας αγνώστος ενοχληστής

Με τον όρο δυσπεψία περιγράφεται ένα άθροισμα επιγαστρικών (ψηλά στην κοιλιά) ενοχλημάτων, τα οποία μπορεί να είναι πόνος, αίσθημα βάρους, αίσθημα υπερπληρότητας, αίσθημα πρώιμου κορεσμού (το άτομο μπορεί να φάει μισό πιάτο και να πει «φούσκωσα»), έμετο με ή όχι συμπτώματα παλινδρόμησης (όπως οι καούρες).

Τα προαναφερθέντα συμπτώματα μπορεί να εκδηλωθούν έπειτα από υπερκατανάλωση φαγητού και τις επόμενες μέρες, με την ομαλοποίηση της διατροφής, να εξαφανιστούν τελείως. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που εκδηλώνονται δύο ή τρεις φορές την εβδομάδα, τους τελευταίους 3-6 μήνες.

Όταν η δυσπεψία εκδηλώνεται σε ανθρώπους ηλικίας άνω των 45 ετών και επιμένει για εβδομάδες, ο ασθενής πρέπει να πάει στον γιατρό. Στους ασθενείς ηλικίας κάτω των 45 ετών, εφόσον ζητήσουν ιατρική συμβουλή, συνιστάται τεστ αναπνοής για να διαπιστωθεί εάν είναι φορείς του ελικοβακτηρίου του πυλωρού ή όχι. Το ελικοβακτήριο αποτελεί κύρια αιτία πεπτικού έλκους (ενοχοποιείται για το 80% των κρουσμάτων) αλλά και καρκίνου του στομάχου και, εάν εντοπισθεί, θα αντιμετωπισθεί με ειδική αγωγή (αντιβιοτικά και αναστολέας της αντλίας πρωτονίων).

Η δυσπεψία διαχωρίζεται σε οργανική και λειτουργική. Στη λειτουργική, υποβάλλεται σε όλες τις εξετάσεις ο ασθενής (αίματος, υπερηχογράφημα, γαστροσκόπηση) και δεν υπάρχει κανένα εύρημα. Στην οργανική, υπάρχουν οργανικά αίτια (λ.χ. ένα πεπτικό έλκος, γαστρίτιδα λόγω λήψεως φαρμάκων, αλλά όχι η χολολιθίαση που πιστεύουν πολλοί).

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που υπάρχουν για τη λειτουργική δυσπεψία είναι περιορισμένες (για την οργανική, η θεραπεία εξαρτάται από το αίτιο). Η αγωγή καθορίζεται από το σύμπτωμα που υπερτερεί.

Εάν επικρατούν οι καούρες, ο ασθενής μπορεί να πάρει κάποιο αντιόξινο φάρμακο (διττανθρακικό νάτριο, ανθρακικό νάτριο, μαγνήσιο).

Εάν επικρατεί το αίσθημα βάρους, θα πάρει προκινητικά φάρμακα (βοηθούν την κινητικότητα του στομάχου) όπως η τριμεμπουτίνη και η μετοκλοπραμίδη.

παντοπραζόλη, ραμπεπραζόλη) αποτελούν την πλέον αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση. Το φάρμακο χορηγείται το πρωί πριν από το πρόγευμα. Εν τούτοις τα φάρμακα αυτά δεν μπορούν να αναστείλουν πλήρως την έκκριση του οξέος του στομάχου. Σε ορισμένες περιπτώσεις χορηγούνται δύο φορές την ημέρα (πρωί και βράδυ) επιτυγχάνοντας καλύτερη καταστολή της έκκρισης του οξέος. Στο περίπου 1/3 των ασθενών που τα παίρνουν όμως, έπειτα από εβδομάδες ή και μήνες, τα φάρμακα αυτά χάνουν εν μέρει τη δράση τους. Σε αυτήν την περίπτωση ο γιατρός μπορεί να αυξήσει τη δόση, να αλλάξει αναστολέα της αντλίας πρωτονίων ή να προσθέσει ένα ακόμα φάρμακο της κατηγορίας των H2-αναστολέων (ρανιτιδίνη, σιμετιδίνη, φαμοτιδίνη). Πάντως, και τους H2-αναστολείς μπορεί να συνηθείσει ο οργανισμός. Αξίζει να σημειωθεί ότι η χρήση των αναστολέων της αντλίας πρωτονίων πρέπει να γίνεται μόνο με ιατρική συμβουλή και συνταγή, και όχι να τα παίρνει κανείς μόνος του από το φαρμακείο, διότι σε μακροχρόνια κατάχρηση μπορεί να υπάρξουν ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως η έλλειψη Βιταμίνης Β12 (είναι απαραίτητη για την αιμοποίηση και τρέφει τα νεύρα), η διάρροια, η πνευμονία και το αυτόματο κάταγμα ισχίου (δηλαδή κατάγματα δίχως εξωτερικό ερέθισμα). Πολλοί ασθενείς τέλος χρειάζονται και ψυχολογική υποστήριξη για να αντιμετωπίσουν την παλινδρόμησή τους.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΣΠΑΣΤΙΚΗ ΚΟΛΙΤΙΣ)

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι ασθενείς με σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου παρουσιάζουν σε μεγάλο βαθμό διαταραχές του ύπνου, καθώς και διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Οι ασθενείς με λειτουργικές παθήσεις του πεπτικού συστήματος (σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, λειτουργική δυσπεψία) παρουσιάζουν σε αυξημένο ποσοστό διαταραχές του ύπνου σε σχέση με τα φυσιολογικά άτομα. Ο μηχανισμός που υπόκειται αυτών των διαταραχών παραμένει εν πολλοίς άγνωστος.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι ασθενείς με καρκίνο του πεπτικού συστήματος, οι οποίοι λαμβάνουν χημειοθεραπευτικά φάρμακα, συχνά παρουσιάζουν αϋπνία ή άλλες διαταραχές του ύπνου, οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής και την ενεργητικότητα της κάθε ημέρας.

Αν και η δυσκολία στην επέλευση του ύπνου αποτελεί πρωταρχικό σύμπτωμα και παράπονο των καρκινοπαθών ασθενών, δεν υπάρχουν δεδομένα όσον αφορά την ακριβή συχνότητα αυτής της διαταραχής, ωστόσο σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατης μελέτης, διαταραχές του ύπνου (κυρίως αϋπνία) παρατηρείται σε ποσοστό 31% των ασθενών. Σε ποσοστό 48% των περιπτώσεων, η αϋπνία εμφανίζεται κυρίως κατά τον χρόνο της διάγνωσης της ύπαρξης του καρκίνου, με κυριότερους συνηγορητικούς παράγοντες τις απαισιόδοξες σκέψεις, τον φόβο και τον πόνο. ■

Οι ασθενείς με λειτουργικές παθήσεις του πεπτικού συστήματος παρουσιάζουν σε αυξημένο ποσοστό διαταραχές του ύπνου σε σχέση με τα φυσιολογικά άτομα

Dulcolax®

δισακοδύλη

Boehringer
Ingelheim

Δυσκοιλιότητα; **Dulcolax®** και κοιμηθείτε ήσυχη!

Η επιλογή εκατομμυρίων ανθρώπων εδώ και 50 χρόνια για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας είναι το Dulcolax®:

- Δρα προγραμματισμένα σε 6-10 ώρες, βοηθώντας στην επαναφορά του φυσιολογικού ρυθμού του εντέρου.
- Έχει τοπική δράση, εκεί ακριβώς που χρειάζεται.
- Μικρά δισκία, εύκολα στη λήψη.



Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το Dulcolax® μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στο τηλέφωνο: 210 8906111, στο e-mail: dulcolax@ath.boehringer-ingelheim.com ή να επισκευτείτε το www.dulcolax.gr

Boehringer Ingelheim Ελλάς Α.Ε., Ελληνικού 2, 167 77 Ελληνικό - ΑΘΗΝΑ, Τηλ. Κέντρο: 210 8906300, www.dulcolax.gr

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων Συνιστούν:
ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕΙΤΕ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ Ή ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ ΣΑΣ

ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΥΠΝΟΥ

Η ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΥΠΝΟΥ ΥΠΟΔΕΧΕΤΑΙ ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΖΕΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΟΥΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥΣ ΑΡΧΙΖΕΙ ΜΕ ΛΗΨΗ ΚΑΛΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ – Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΛΕΕΙ ΤΙ ΤΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΚΑΙ ΜΙΛΑΕΙ ΓΙΑ ΑΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΩΣ ΠΑΣΧΕΙ. ΑΠΟ ΑΥΤΗ ΤΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΚΑΘΟΡΙΖΕΤΑΙ ΑΝ ΘΑ ΤΟΥ ΧΟΡΗΓΗΘΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΑΓΩΓΗ Η ΠΡΕΠΕΙ ΠΡΩΤΑ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ.



ΕΝΑ ΒΡΑΔΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ...

Η συνθηθέστερη μορφή μελέτης του ύπνου είναι η πολυπνογραφία, που μπορεί να είναι νυκτερινή ή ημερήσια. Κατά κανόνα, γίνεται νυκτερινή πολυπνογραφία σε ανθρώπους που είθισται να κοιμούνται τα βράδια, διότι η προσπάθεια είναι η μελέτη του ύπνου να μιμηθεί όσο περισσότερο γίνεται τις συνθήκες του σπιτιού – ειδικά, με τη μελέτη του ύπνου δεν θα αναδειχθεί το πρόβλημα.

Ωστόσο, σε μερικές περιπτώσεις κατά τις οποίες οι πάσχοντες συνηθίζουν να κοιμούνται πρωί (όπως λ.χ. συμβαίνει όταν εργάζεται κάποιος με εναλλασσόμενο ωράριο), η πολυπνογραφία πρέπει να γίνει ημέρα, ειδικά, θα ανατραπεί το βιολογικό ρολόι των ασθενών.

Συνήθως, μελέτη ύπνου κάνουμε στους ανθρώπους που υποπτευόμαστε ότι έχουν άπνοια, αλλά μπορεί να γίνει και σε άτομα με υποψία για σύνδρομο ανήσυχων ποδιών όταν η κατάσταση που περιγράφουν δεν είναι απόλυτα ενδεικτική του συνδρόμου.



Της
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΣ ΑΜΦΙΛΟΧΙΟΥ
Πνευμονολόγου,
υπεύθυνης Μονάδας
Ύπνου Σισμανόγλειου
Νοσοκομείου Αττικής

Ας σημειωθεί πως μελέτη ύπνου μπορεί να γίνει και σε ασθενείς με επιληψία, όταν αυτή δίνει υπόνοιες πως την προκαλεί άπνοια. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η διάγνωση και η θεραπεία της άπνοιας «καταργούν» μία από τις συνθήκες των επιληπτικών κρίσεων που είναι η υποξαιμία, δηλαδή η μείωση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα την οποία επιφέρει η άπνοια.

ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ

Η μελέτη γίνεται με τοποθέτηση περίπου 25 καλωδίων στον ασθενή, τα οποία καταγράφουν διάφορες παραμέτρους, όπως η ηλεκτρική δραστηριότητα στον εγκέφαλο, στους μύς και την καρδιά του (γίνεται ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, ηλεκτρομυογράφημα και ηλεκτροκαρδιογράφημα αντιστοίχως), η ροή του αέρα στο στόμα και τη μύτη του, καθώς και οι κινήσεις του θώρακα, της κοιλιάς και των ποδιών του. Ουσιαστικά τοποθετούνται καλώδια από το κεφάλι μέχρι τις κνήμες.



Προτού έρθει ο ασθενής για την πολυπνογραφία, συνιστούμε να μην έχει ξεκουραστεί την ίδια ημέρα ώστε να μπορέσει να κοιμηθεί το βράδυ. Μία από τις βασικές απαιτήσεις στη μελέτη του ύπνου είναι οι συνθήκες στο ιατρείο να μιμούνται τις συνθήκες της κρεβατοκάμαρας του ασθενούς, γι' αυτό και υπάρχουν συγκεκριμένες προδιαγραφές πώς θα είναι από πλευράς χώρων.

Τα δωμάτια είναι μονόκλινα, ευρύχωρα και με κατάλληλη θερμοκρασία



και φωτισμό. Δεν διαθέτουν νοσοκομειακό εξοπλισμό, έχουν ηχητική μόνωση και βρίσκονται μακριά από τα θορυβώδη τμήματα του νοσοκομείου (δεν βρίσκονται λ.χ. δίπλα στην Εντατική ή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών).

Επιπλέον, στα δωμάτια υπάρχουν οθόνες ώστε να παρακολουθούνται οι ασθενείς δίχως να πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να ανοιγοκλείνει την πόρτα. Οι περισσότερες παρεμβάσεις του προσωπικού, τέλος, γίνονται με τηλεχειριστήριο από την κονσόλα που βρίσκεται έξω από το μονόκλινο, ενώ υπάρχει και ενδοσυνεννόηση.

Η μελέτη γίνεται υπό επιτήρηση από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό, το οποίο όλη τη νύχτα ελέγχει αν το σήμα από τα καλώδια είναι καλό ώστε να κάνει τις απαιτούμενες προσαρμογές και, βεβαίως, παρακολουθεί τον ασθενή.

Η ΕΠΟΜΕΝΗ ΜΕΡΑ...

Το πρωί που ξυπνά ο ασθενής, του αφαιρούνται τα καλώδια και ο γιατρός εξετάζει τα δεδομένα που όλη νύχτα αποθηκεύονταν σε ηλεκτρονικό υπολογιστή. Αν διαπιστωθεί πως ο ασθενής έχει άπνοια, καλείται να περάσει και δεύτερη νύχτα στο νοσοκομείο.

Κατά τη διάρκεια της δεύτερης νύχτας, του τοποθετούνται πάλι τα καλώ-

δια, αλλά και μια ειδική μάσκα μέσω της οποίας του χορηγείται αέρας υπό πίεση. Η μέθοδος αυτή λέγεται CPAP (συνεχής θετική πίεση στους ανώτερους αεραγωγούς). Κατά τη διάρκεια της νύχτας, ρυθμίζουμε (αυξομειώνουμε) την πίεση του αέρα με τηλεχειριστήριο ώστε να βρούμε αυτή που θα εξαφανίζει τα επεισόδια άπνοιας του ασθενούς.

Ο ασθενής, πάντως, μπορεί να χρειαστεί να περάσει και τρίτη νύχτα στο νοσοκομείο, όπως συμβαίνει λ.χ. όταν δεν ρυθμίζεται η πίεση της μάσκας το δεύτερο βράδυ επειδή δεν την αντέχει και την βγάζει έπειτα από μια - δυο ώρες. Ας σημειωθεί ότι η χρήση της μάσκας δεν είναι απλή για τους ασθενείς: πολλοί παθαίνουν πανικό μόλις την βάλουν και αρχίζουν να νιώθουν την πίεση του αέρα. Ωστόσο, το προσωπικό είναι εκπαιδευμένο και συνήθως τους ηρεμούν αποτελεσματικά.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΝΗΛΙΑΣ

Για να μετρήσουμε την υπνηλία ενός ασθενούς, τον υποβάλλουμε σε ειδική εξέταση που λέγεται MSLT (Multiple Sleep Latency Test). Αυτή γίνεται με τοποθέτηση ηλεκτροδίων στο κεφάλι, στα μάτια και στον υπογονάτιο μυ (κάτω από το σαγόνι) και ουσιαστικά αφορά καταγραφή της σταδιοποίησης του ύπνου – χρησιμοποιούνται δηλαδή για να γίνει υπνόγραμμα στον ασθενή.

Η εξέταση γίνεται ημέρα. Ο ασθενής προσέρχεται στο νοσοκομείο και τοποθετείται σε ένα σκοτεινό και ήσυχο δωμάτιο, όπου ξαπλώνει. Του συνιστούμε να ηρεμήσει και να προσπαθήσει να κοιμηθεί, ώστε να καταγράψουμε τις παραμέτρους που χρειαζόμαστε επί δύο συνεχόμενες ώρες. Στη συνέχεια, γίνεται διάλειμμα για δύο ώρες και η μέτρηση επαναλαμβάνεται. Η αλληλουχία αυτή γίνεται συνολικά τέσσερις - πέντε φορές την ίδια ημέρα.

Αν ο ασθενής δεν έχει πρόβλημα υπνηλίας, δεν θα μπορέσει να κοιμηθεί κατά τη διάρκεια των μετρήσεων. Αν κοιμηθεί σε λιγότερο από δέκα λεπτά πάσχει από υπνηλία, διότι ένας άνθρωπος που έχει κοιμηθεί καλά το βράδυ και έχει ξεκουραστεί, δεν μπορεί να κοιμηθεί αμέσως μόλις ξαπλώσει μέρα μεσημέρι σε ένα κρεβάτι.

Αν όμως ο εξεταζόμενος κοιμηθεί έπειτα από δεκαπέντε ή περισσότερα λεπτά δεν έχει υπνηλία, διότι είναι φυσιολογική η αντίδρασή του να κοιμηθεί αφού βρίσκεται ακίνητος και ήρεμος σε έναν ήσυχο χώρο.

Από τις μετρήσεις που κάνουμε στον ασθενή, βγάζουμε τον μέσο όρο και αποφαινόμαστε αν έχει υπνηλία και τι είδους.

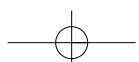
Μία από τις μορφές υπνηλίας λέγεται ναρκοληψία και τα ευρήματά της στη μελέτη είναι παθολογικά, όχι μόνο ως προς τον χρόνο έλευσης ύπνου αλλά και ως προς το υπνόγραμμα. Στη ναρκοληψία κοιμάται αμέσως και το υπνόγραμμά του αρχίζει με το στάδιο REM του ύπνου, το οποίο φυσιολογικά θα ερχόταν έπειτα από μιάμιση ώρα. Αν αυτό συμβεί τις περισσότερες από τις τέσσερις - πέντε μετρήσεις που κάνουμε, ο ασθενής έχει ναρκοληψία.

Οι μελέτες της υπνηλίας δεν είναι ιδιαίτερα συχνές και, βεβαίως, δεν γίνονται σε όλους όσοι νυστάζουν, αλλά πρέπει να υπάρχουν ορισμένα κριτήρια. ■



Κάθε μέρα η Υγεία
στις οθόνες σας

στο www.tanea.gr/ygeia



ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ
ΑΣΚΗΣΗ ΓΙΑΟΝΕΙΡΑ
ΓΛΥΚΑ

**ΤΑ ΕΩΣ ΤΩΡΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ
ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗ
ΣΧΕΣΗ ΦΥΣΙΚΗΣ
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΥΠΝΟΥ
ΔΕΙΧΝΟΥΝ ΟΤΙ Η ΑΣΚΗΣΗ
ΕΝΙΣΧΥΕΙ ΤΟΝ ΠΟΙΟΤΙΚΟ ΥΠΝΟ
ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΗΝ
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ, ΕΝΩ
ΑΝΤΙΘΕΤΩΣ Η ΕΛΛΕΙΨΗ
ΑΣΚΗΣΗΣ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΟΤΙ
ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΤΟΝ
ΑΝΘΡΩΠΟ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ
ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ.**



Του
**ΝΙΚΗΤΑ
ΝΙΚΗΤΑΡΑ**
Αναπληρωτή καθηγητή
ΤΕΦΑΑ, Πανεπιστημίου
Αθηνών, ειδικού στην
Άσκηση για Όλους

Σε γενικές γραμμές, εκείνο που έχει σημασία όταν το θέμα είναι άσκηση και ύπνος είναι πότε και τι είδους και έντασης άσκηση θα κάνει κανείς. Η ήπιας μορφής άσκηση (π.χ. περπάτημα), που δεν υπερδιεγείρει το νευρομυϊκό σύστημα, δεν δημιουργεί προβλήματα και ενισχύει την ποιότητα του ύπνου, ακόμη και όταν γίνεται μία ώρα πριν από την κατάκλιση. Αντίθετα, τα έντονα προγράμματα άσκησης που υπερδιεγείρουν το νευρομυϊκό σύστημα πρέπει να γίνονται τουλάχιστον τρεις ώρες πριν από τον ύπνο. Ενισχυτικό της σχέσης άσκησης - ύπνου είναι η σταθερότητα του χρόνου άσκησης και κατάκλισης: πρέπει να αθλείται κανείς και ιδιαίτερα να κοιμάται τις ίδιες ώρες. Ειδικά για τα παιδιά, το παιχνίδι, εάν δεν είναι υπερβολικό, συμβάλλει θετικά στην απόλαυση ενός ήσυχου ύπνου, ακόμα και αν γίνεται δύο ώρες πριν από την κατάκλιση. Οι μαθητές επίσης πρέπει να αθλούνται, διότι η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας – όπως η έλλειψη ύπνου – επηρεάζει αρνητικά τη σχολική απόδοση και την ποιότητα της σχολικής τους ζωής. Για τους εφήβους και τους νέους, η ήπια άσκηση από μία μέχρι δύο ώρες πριν από τον βραδινό ύπνο δεν δημιουργεί προβλήματα. Για παιδιά με διαβήτη ή άσθμα, η συστηματική φυσική δραστηριότητα μετά το σχολικό πρόγραμμα μπορεί να ανακόψει τις διαταραχές ύπνου κατά 50 - 80%.

ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Στις γυναίκες, μελέτες έχουν δείξει ότι η τακτική εκγύμναση κατά την πρωινή ζώνη με ήπιας μορφής ασκήσεις (λ.χ. περπάτημα, ποδηλασία) βελτιώνει την ποιότητα του ύπνου περισσότερο απ' ό,τι η αντίστοιχη απογευματινή γυμναστική.

Για τις νέες γυναίκες και τις γυναίκες μέσης ηλικίας υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην άσκηση, τον χρόνο ύπνου και τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Το κλειδί φαίνεται ότι είναι η διάρκεια του ύπνου: πρέπει να είναι τουλάχιστον επτά ώρες κάθε βράδυ. Μελέτες έχουν δείξει πως μεταξύ των γυναικών που γυμνάζονται πολύ, εκείνες που κοιμούνται λιγότερο από επτά ώρες τη νύχτα έχουν 47% περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν κάποια μορφή καρκίνου απ' ό,τι όσες κοιμούνται

περισσότερο. Την ίδια στιγμή, έρευνες έχουν δείξει ότι η τακτική άσκηση περιορίζει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, του εντέρου και άλλων τύπων καρκίνου.

Επίσης, η συμμετοχή των εγκύων σε φυσικές δραστηριότητες, οδηγεί σε μείωση του άγχους και αντιμετώπιση των διαταραχών του ύπνου. Ωστόσο, η έγκυος μπορεί να συμμετέχει σε προγράμματα άσκησης μόνον εφόσον έχει προηγηθεί εξέταση από τον γυναικολόγο της και δεν έχουν διαπιστωθεί αντενδείξεις για άσκηση. Η άσκηση των εγκύων εξαρτάται από το επίπεδο φυσικής κατάστασης, την ηλικία και το στάδιο της κύησης και μπορεί να συμπεριλαμβάνει βόδισμα, χορό, ήπια μέχρι μέτρια γυμναστική με μουσική, μυϊκή ενδυνάμωση με μικρά βάρη και στατική θέση, ποδηλασία κατ' οίκον, κολύμβηση σε υγιείς συνθήκες νερού (καθαρότητα και θερμοκρασία), γιόγκα και πιλάτες. Θα πρέπει όμως να αποφεύγονται οι ασκήσεις μέτριου και υψηλού

τραυματικού κινδύνου, τα συναγωνιστικά αθλήματα επαφής, τα άλματα, η άρση μεγάλων βαρών, οι ασκήσεις σε ύπτια και πρηνή θέση μετά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, καθώς και η συνεχής φυσική δραστηριότητα σε όρθια θέση. Πολύ σημαντικό είναι να γυμνάζεται η έγκυος πολύ πριν από τη βραδινή κατάκλιση, διότι το σώμα της θα πρέπει να είναι σε απόλυτη ηρεμία όταν ξαπλώνει.

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Η άσκηση δρα προστατευτικά και εναντίον των διαταραχών του ύπνου που σχετίζονται με την παχυσαρκία (λ.χ. άπνοια), καταπολεμώντας τη συσσώρευση περιττών κιλών.

Οι ηλικιωμένοι, επίσης, πρέπει να αποφεύγουν την άσκηση κατά τις βραδινές αλλά και τις απογευματινές ώρες, για να μην επηρεασθεί ο φυσιολογικός ύπνος. Κανόνας για την τρίτη ηλικία είναι ακόμη να αποφεύγεται η σωματική επιβάρυνση σε ακραίες καιρικές συνθήκες (ψύχος, ζέστη) καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, ανεξαρτήτως χρόνου ύπνου. Η μέτρια άσκηση στη διάρκεια της ημέρας μπορεί να βοηθήσει τους νευροπαθητικούς και τους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς στην αντιμετώπιση των διαταραχών

ύπνου, ενώ αντίθετα η έντονη άσκηση πριν από την κατάκλιση πρέπει να αποφεύγεται. Σημαντικός είναι επίσης ο ρόλος της άσκησης στον ύπνο για τους ανθρώπους με ήπιας μορφής κατάθλιψη, λόγω της ενίσχυσης της ατομικής εικόνας τους ως απόρροια των ευεργετημάτων της γυμναστικής. Επιπλέον, κατά την άσκηση ο οργανισμός απελευθερώνει ενδορφίνες και κατεχολαμίνες – ουσίες οι οποίες δρουν αναλγητικά και ηρεμιστικά, με τελικό αποτέλεσμα τη μείωση του άγχους και την ενίσχυση του ποιοτικού ύπνου. Τα ευρήματα πολλών μελετών, τέλος, έχουν δείξει ότι η ήπια άσκηση (π.χ. περπάτημα, γιόγκα) πριν από τον βραδινό ύπνο μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους που πάσχουν από αϋπνία. ■

**50% -
80%**

**μείωση
των
διαταραχών
του ύπνου
μπορεί
να προκαλέσει
η συστηματική
φυσική
δραστηριότητα
μετά
το σχολικό
πρόγραμμα
στα παιδιά με
διαβήτη
ή άσθμα**

AQUA DAY

— multi filter —

ΣΥΣΚΕΥΗ ΦΙΛΤΡΑΡΙΣΜΑΤΟΣ ΠΟΣΙΜΟΥ ΝΕΡΟΥ

MADE IN ITALY



Η συσκευή φιλτραρίσματος **AQUADAY multi filter**, απομακρύνει τη χλωρίνη, βλαβερές ουσίες και ρυπαντές, βελτιώνει τη γεύση, την οσμή και τη διαύγεια του νερού, αφαιρώντας αναλλοίωτα τα απαραίτητα για τον οργανισμό οφέλη (μαγνήσιο, κάλιο). Έτσι συμβάλλει στη βελτίωση της συνολικής υγείας, τρεφάντας και στην προστασία από μια ολόκληρη νόσον.

Φιλτράρισμα:



Βακτηριοστατικός Δίσκος

Μοναδική προηγμένη τεχνολογία: ένα παγκοσμίως κατοχυρωμένο σύστημα αποφυγής δημιουργίας βακτηρίων, με δίσκο από άργιμο 9999 η οποία ενεργεί κατά τη διάρκεια της κύησης ή όταν η βρύση είναι κλειστή.

- Τοποθέτηση εύκολη και γρήγορη χωρίς εργαλεία και την ανάγκη ειδικού
- Διακόπτης για επιλογή φιλτραρισμένου ή αφιλτράριστου νερού για οικονομία
- Αλλαγή φίλτρου κάθε 3-5 μήνες
- Εγκεκριμένο από το Υπουργείο Υγείας Ιταλίας



ΒΑΣΙΛΙΑΝΑΣ

Γραφείο Δοκιμή 128, 111 45 Αθήνα
τηλ: 210 2236352, fax: 210 2236372

Αντίστοιχο:

Ηλεκτράν

SATURN

ΕΛΕΚΤΡΟΚΑΔΕ

ELECTRO WORLD

ΟΤΑΝ Ο ΥΠΝΟΣ...



ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΕΧΟΥΝ ΜΕΛΕΤΗΘΕΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΕΚΕΙΝΕΣ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ, ΑΛΛΑ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ.

...ΔΕΝ ΠΑΙΡΝΕΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Οι δυσκολίες στη μελέτη των προβλημάτων ύπνου κατά την παιδική ηλικία προέρχονται από το γεγονός ότι οι γονείς και συχνά οι ειδικοί τις θεωρούν μεταβατικές, που αργά ή γρήγορα θα ξεπεραστούν. Το ίδιο το παιδί δεν παραπονείται και δεν ζητάει βοήθεια και πρέπει να περιμένουμε την εφηβεία για να εκφραστούν τα υποκειμενικά ενοχλήματα.

Έχει αποδειχθεί ότι ορισμένες από τις διαταραχές είναι πράγματι μεταβατικά φαινόμενα, αντιδραστικά προς το περιβάλλον ή συνδεδεμένα με συναισθηματικές - αναπτυξιακές φάσεις του παιδιού. Η πρόγνωση σε αυτή την περίπτωση είναι καλή και συνήθως αρκεί η τροποποίηση ορισμένων περιβαλλοντικών συνθηκών για να μειωθούν οι επιπτώσεις στη ζωή του παιδιού και της οικογένειας.



Της
**ΕΛΕΝΗΣ
ΛΑΖΑΡΑΤΟΥ**
Επικύρουρας καθηγήτριας
Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική
Σχολή Πανεπιστημίου
Αθηνών

Άλλες διαταραχές όμως είναι σοβαρότερες γιατί μειώνουν σημαντικά τη λειτουργικότητα του παιδιού και τείνουν να εγκατασταθούν και να το συνοδεύουν μέχρι την ενήλικη ζωή. Είναι γνωστό ότι παιδιά της ίδιας ηλικίας παρουσιάζουν μεγάλες ατομικές διαφορές στις ανάγκες και τις συνήθειες ύπνου. Η ιδιοσυγκρασιακή δομή του παιδιού αλλά και η μεγάλη εξάρτησή του από τους γονείς συνδέονται άμεσα για να καθορίσουν τις συνήθειες ύπνου.

Πρέπει επίσης να τονιστεί η σημασία της διεπιστημονικής προσέγγισης στη διάγνωση και την αντιμετώπιση των προβλημάτων ύπνου στα παιδιά. Παιδιάτροι, πνευμονολόγοι, ωτορινολαρυγγολόγοι, οδοντίατροι, παιδονευρολόγοι, παιδοψυχίατροι, μπορούν να τα αντιμετωπίσουν μόνοι τους ή σε συνεργασία, ή να παραπέμψουν σε ειδικευμένα κέντρα το παιδί με προβλήματα ύπνου.

1 ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Γνωρίζουμε ότι το νεογέννητο κοιμάται 16-17 ώρες την ημέρα σε τριώρους κύκλους κατανομημένους όλο το 24ωρο. Στους 2-3 μήνες η διάρκεια ύπνου είναι 15 ώρες και οι περίοδοι ύπνου αρχίζουν να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια τη νύχτα.

Δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των φύλων σε σχέση με την ηλικία ομαλοποίησης του ύπνου, αλλά τα αγόρια ξυπνούν συχνότερα από ό,τι τα κορίτσια. Ο αριθμός των νυχτερινών ξυπνημάτων δεν έχει σχέση με τη διάρκεια του ημερήσιου ύπνου, παρότι η διάρκεια του νυχτερινού ύπνου μπορεί να είναι πράγματι μειωμένη αν το βρέφος κοιμάται πολύ την ημέρα.

Γενικώς είναι παραδεκτό ότι προσπάθειες ομαλοποίησης του ύπνου πρέπει να γίνουν ανάμεσα στους 4ο και 6ο μήνες της ζωής, γιατί μετά γίνεται δυσκολότερο. Η διάρκεια του ύπνου καθορίζεται από τη νευρολογική ωρίμαση και από ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες του παιδιού.

Εκτός από τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του βρέφους, σημαντική είναι και η συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Το βρέφος δεν χρειάζεται την παρουσία κάποιου για να κοιμηθεί, αλλά να ζήσει μια περίοδο ικανοποιητική και πλούσια σε συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις. Μεγάλη σημασία έχει ο ρυθμός επικοινωνίας μητέρας-παιδιού, το βρέφος αποσύρεται από τη σχέση αλληλεπίδρασης με τη μητέρα στο τέλος ενός ενεργού κύκλου και μπορεί τότε να κοιμηθεί.

Φαίνεται ότι ο ύπνος είναι κατ' αρχάς φυσικό φαινόμενο, επερχόμενο απότομα σε κατάσταση ηρεμίας. Πολύ γρήγορα όμως ο ύπνος παίρνει χαρακτήρα διαπροσωπικό και εξαρτάται από τη συναισθηματική κατάσταση του βρέφους. Μια πλούσια αλληλεπιδραστική σχέση με τη μητέρα κάνει το βρέφος να περνά από μια κατάσταση φυσιολογικής ηρεμίας σε εκείνη της συναισθηματικής ικανοποίησης και χαλάρωσης.

Οι διαταραχές ύπνου αποτελούν τις συχνότερες ψυχοσωματικές διαταραχές της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Μπορεί να οφείλονται σε οργανική διαταραχή, σε ψυχοσυναισθηματική διαταραχή του βρέφους ή σε δυσλειτουργία της αλληλεπιδραστικής σχέσης με τη μητέρα.

Όλα τα βρέφη ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύχτας, τα περισσότερα όμως ξανακοιμούνται χωρίς να ενοχλήσουν τους γονείς τους. Ορισμένα αδυνατούν να αποκαταστήσουν τον ρυθμό εγρήγορης - ύπνου. Είναι βρέφη ιδιαίτερα ανήσυχα, κοιμούνται ακατάστατα, σε χρονικές περιόδους μη προβλέψιμες σε διάρκεια και στιγμή επέλευσης. Κλαίνε συνεχώς και οι μητέρες παραπονιούνται ότι δεν βρίσκουν τρόπο να τα ανακουφίσουν. Οι γονείς περνούν νύχτες άπντοι.

Τα βρέφη που γεννήθηκαν πρόωρα παρουσιάζουν συχνά διαταραχές ύπνου. Περιγεννητικά προβλήματα όπως η ανοξία (μειωμένη οξυγόνωση), το χαμηλό βάρος γέννησης και η κακή διατροφή, η έλλειψη πρωτεϊνών και θερμίδων, εντάσσονται στις οργανικές διαταραχές που προ-

Το τρίξιμο των δοντιών συμβαίνει σε 50% των φυσιολογικών βρεφών την περίοδο της οδοντοφυΐας. Βραχυχρόνια επεισόδια μπορούν επίσης να παρουσιαστούν στα νήπια. Θεωρείται παθολογικό όταν εμφανίζεται μετά την ηλικία των 10 ετών.

καλούν προβλήματα ύπνου.

Η συχνότερη όμως αιτιολογία των διαταραχών ύπνου κατά τη βρεφική ηλικία είναι η δυσλειτουργία της αλληλεπιδραστικής σχέσης με τη μητέρα. Ατύχημα ή αρρώστια στην οικογένεια, η μητρική κατάθλιψη και ο αποχωρισμός λόγω επιστροφής της μητέρας στην εργασία συνδέονται με την αύπνία της βρεφικής ηλικίας. Πρόκειται για απόσυρση της συναισθηματικής επένδυσης από το παιδί, λόγω μετατόπισης του ενδιαφέροντος π.χ. εργασία.

Στον αντίποδα βρίσκονται μητέρες που προκαλούν ενόχληση και εμποδίζουν το βρέφος να χαλαρώσει και να κοιμηθεί. Πρόκειται για ιδιαίτερα αγχώδεις ή φοβικές μητέρες, που προκαλούν υπερβολική διέγερση στο βρέφος (π.χ. του μιλάνε συνέχεια, το ξυπνάνε για να δουν αν αναπνέει καλά κ.λπ).

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ: Η αντιμετώπιση των διαταραχών ύπνου κατά τη βρεφική ηλικία εξαρτάται από την υποκείμενη αιτιολογία. Η παρέμβαση στις περιπτώσεις οργανικής αιτιολογίας γίνεται όπου είναι δυνατόν (π.χ. μεταβολικά, διατροφικά αίτια). Στη δυσλειτουργία της αλληλεπιδραστικής σχέσης αρκεί η συμβουλευτική μητέρας (γονέων). Με την αλλαγή της στάσης απέναντι στο παιδί ο ύπνος γρήγορα αποκαθίσταται.

2 ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η σημασία της αύπνίας αλλάζει από τον δεύτερο χρόνο της ζωής, καθώς παρεμβαίνει το άγχος του αποχωρισμού. Το «να πάει να κοιμηθεί» σημαίνει για το παιδί να μείνει μόνο του, να αποχωριστεί τη μητέρα του και να βρεθεί στο σκοτάδι με μόνη συντροφιά τις φαντασιώσεις του.

Το παιδί έχει ανάγκη να περιτριγυρίζεται από αγαπημένα αντικείμενα, να βυzaίνει το δάκτυλό του ή να επαναλαμβάνει κατά τον ίδιο τρόπο ορισμένες χειρονομίες και πράξεις κάθε βράδυ πριν από τον ύπνο. Κινήσεις που πρέπει να είναι σεβαστές και αποδεκτές από τους γονείς γιατί επιτυγχάνουν τη μείωση του άγχους αποχωρισμού.

Πολλές φορές, οι δυσκολίες ύπνου κατά την προσχολική ηλικία παρουσιάζονται ως συνέχεια των διαταραχών ύπνου κατά τη βρεφική ζωή. Τότε το νήπιο ξυπνά στη μέση της νύχτας, δυσκολεύεται να ξανακοιμηθεί και συνήθως καταφεύγει στο κρεβάτι των γονιών του. Εκτός από το άγχος αποχωρισμού και την ιδιοσυγκρασία του νηπίου, παίζουν ρόλο η μη άνεση των συνθηκών ύπνου, καθώς και παράγοντες διατροφής όπως αλλεργία στο γάλα, οικογενειακές συγκρούσεις και άσχημο οικογενειακό περιβάλλον. Κατά την προσχολική ηλικία μπορεί επίσης να παρατηρηθούν νυχτερινοί τρόμοι, εφιάλτες και υπνοβασία.

Στους νυχτερινούς τρόμους το παιδί, χωρίς να ξυπνήσει, ανασπκνεται στο κλθισμά του και κοιπάει έντρομο χωρίς πραγματικά να βλέπει. Παρουσιάζει ταχύπνοια, ταχυ-

ΜΙΚΡΕΣ ΗΛΙΚΙΕΣ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ - ΕΦΗΒΟΥΣ

ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ακατάστατος ύπνος, συνεχές κλάμα, δυσκολίες ύπνου, αϋπνίες

ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Δυσκολίες ύπνου, νυχτερινοί τρόμοι, εφιάλτες, υπνοβασία

Σχολική ηλικία

Αϋπνίες, άπνοια του ύπνου, νυχτερινή ενούρηση, τρίξιμο δοντιών

Έφηβοι

Αϋπνίες

καρδιά, ιδρώτα και φωνές πανικού. Έχει δυσκολία να ξυπνήσει και αν καταφέρουμε να το ξυπνήσουμε κλαίει απαρνηγόρρητα, είναι σε σύγχυση και έχει δυσκολίες προσανατολισμού. Το επόμενο πρωί δεν θυμάται τι έχει συμβεί. Οι νυχτερινοί τρόμοι στα παιδιά συνήθως βελτιώνονται και εξαφανίζονται με την ηλικία.

Οι εφιάλτες παρουσιάζονται αρκετά συχνά σε παιδιά ηλικίας 3-6 ετών. Το παιδί ξυπνά φοβισμένο και διηγείται ένα άσχημο όνειρο. Όταν διηγείται τον εφιάλτη είναι τελείως ξύπνιο και καλά προσανατολισμένο. Το επόμενο πρωί επίσης μπορεί να διηγηθεί το άσχημο όνειρο που είδε. Οι εφιάλτες συνδυάζονται με άγχος και στρες, ενώ οι τραυματικές εμπειρίες αυξάνουν τη συχνότητα και την έντασή τους. Ο υψηλός πυρετός επίσης μπορεί να προκαλέσει εφιάλτες.

Στην υπνοβασία, το παιδί κάθεται ή περπατάει από 5 δευτερόλεπτα έως 30 λεπτά. Όταν περπατάει το κάνει χωρίς σκοπό, έχει κακό συντονισμό των κινήσεων και δεν έχει προσανατολισμό. Κινδυνεύει να χτυπήσει, αν συναντήσει εμπόδια και είναι δύσκολο να ξυπνήσει. Το επόμενο πρωί δεν θυμάται το επεισόδιο. Τα επεισόδια υπνοβασίας είναι δύσκολο να προβλεφθούν. Συμβαίνουν παροδικά και σχετίζονται με υπερβολική κούραση και στρες. Συχνά ανευρίσκεται θετικό οικογενειακό ιστορικό.

Κατά το πέρασμα από τον ύπνο στην εγρήγορση συχνά παρατηρούνται παραμιλητό, μυϊκές κράμπες, πινάγματα, ρυθμικές κινήσεις του σώματος ή του κεφαλιού, που αποτελούν παραλλαγές της φυσιολογικής συμπεριφοράς και όχι ενδείξεις παθολογίας.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ: Η αντιμετώπιση της αϋπνίας κατά την προσχολική ηλικία αρχίζει με συμβουλευτική των γονέων. Στοχεύουμε στην τροποποίηση των αλληλεπιδράσεων γονέα - παιδιού. Αν λυθεί το πρόβλημα αποχωρισμού, τα προβλήματα ύπνου βελτιώνονται και βαθμιαία εξαφανίζονται. Για να διευκολυνθεί ο αποχωρισμός, μπορεί να προηγηθούν οι ατομικές «τελετουργίες» ύπνου όπως διάβασμα παραμυθιού, τραγούδι, ήσυχο παιχνίδι, που σκοπό έχουν να κατευθύνουν το άγχος. Μπορεί επίσης το παιδί να πάρει μαζί του το αγαπημένο του κουκλάκι, ζωάκι κ.α., που αντικαθιστά την παρουσία της μητέρας.

Συνιστάται στους γονείς να μην παραμένουν συνεχώς δίπλα στο κρεβάτι του παιδιού όταν αυτό κλαίει, γιατί έτσι το ενθαρρύνουν κατά κάποιο τρόπο να μείνει ξύπνιο. Πρέπει προοδευτικά να παρατείνεται ο χρόνος που αφήνουμε το παιδί να κλαίει. Τα παιδιά δεν κατορθώνουν να χαλαρώνουν στο κρεβάτι, ιδίως όταν το κλάμα τους έχει αποτέλεσμα να τα σπκώνουν και να τα νανουρίζουν.

Στους νυχτερινούς τρόμους η συμβουλευτική στοχεύει στο να ανακουφίζει το παιδί από το στρες και την ένταση.

Συνιστάται η αποφυγή έκθεσης σε ερεθίσματα που προκαλούν φόβο όπως τρομακτικά έργα και προγράμματα τηλεόρασης.

Οι εφιάλτες αντιμετωπίζονται με υποστήριξη και ανακούφιση του παιδιού από τους γονείς κατά τη διάρκεια των επεισοδίων. Όταν συνδέονται με τραυματικές εμπειρίες προτείνεται ψυχοθεραπεία παιδιού με τη συμμετοχή της οικογένειας. Στην υπονοβασία αρκεί η εξήγηση και η υποστήριξη στο παιδί και τους γονείς. Το δωμάτιο πρέπει να είναι αρκετά ασφαλές και χωρίς αντικείμενα που μπορεί να τραυματίσουν το παιδί. Τα παράθυρα του σπιτιού πρέπει να είναι κλειστά και οι πόρτες κλειδωμένες. Η απότομη διακοπή των υπνοβατικών επεισοδίων πρέπει να αποφεύγεται, γιατί προκαλεί αύξηση της συγχυτικής κατάστασης στην οποία βρίσκεται το παιδί. Συνιστάται σύντομος ύπνος 30-60 λεπτά νωρίς το απόγευμα. Δεν πρέπει όμως αυτός ο απογευματινός ύπνος να παρατείνεται, γιατί το παιδί δεν θα μπορεί να κοιμηθεί την κανονική ώρα το βράδυ.

ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Οι αϋπνίες, η άπνοια του ύπνου, η νυχτερινή ενοούρηση και ο τριγμός των οδόντων είναι προβλήματα που εκδηλώνονται σε αυτή την ηλικία. Οι εφιάλτες και οι νυχτερινοί τρόμοι μπορεί να συνεχίζονται από τη νηπιακή ηλικία. Η δυσκολία να πάνε για ύπνο αποτελεί το συχνότερο πρόβλημα που συναντάμε στα παιδιά ηλικίας 5-12 ετών. Η αντίσταση να πάει το παιδί στο κρεβάτι συνδέεται με το ακανόνιστο ωράριο ύπνου, τη μη ύπαρξη συγκεκριμένων κανόνων και τη δυνατότητα του παιδιού να κοιμάται αλλού εκτός από το κρεβάτι του. Αυτά τα παιδιά ξυπνούν αργότερα το πρωί και παραπονιούνται ότι είναι κουρασμένα. Αποδεικνύεται η σημασία των ορίων και των κανόνων για την υγιεινή του ύπνου σε αυτή την ηλικία.

Η άπνοια του ύπνου ορίζεται ως διακοπή της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου που υπερβαίνει τα 10 δευτερόλεπτα. Κατά μέσο όρο οι άπνοιες διαρκούν 30-40 δευτερόλεπτα έως 3 λεπτά.

Υπάρχουν τρεις τύποι άπνοιας: κεντρική, λόγω εμποδίου της αναπνοής και μεικτή.

* Η κεντρική είναι αποτέλεσμα της λειτουργικής ανωριμότητας των αναπνευστικών νευρώνων του εγκεφάλου. Παρατηρείται παροδικά στα πρόωρα ή στα νεογνίδια και συνήθως δεν έχει συνέπειες.

* Η λόγω εμποδίου της αναπνοής άπνοια οφείλεται σε διογκωμένες αμυγδαλές ή αδενοειδείς εκβλαστήσεις («κρεατάκια») και σπανιότερα σε υπερβολική παχυσαρκία ή υποθυρεοειδισμό.

* Η μεικτή είναι συνδυασμός των προαναφερομένων. Κάθε άπνοια συνοδεύεται από σύντομο ξύπνημα με σκοπό να επανεγκατασταθεί ικανοποιητικός αερισμός και οξυγόνωση. Αυτά τα μικροξύπνημα μπορεί να συμβούν μέχρι 200-300 φορές σε μια νύχτα. Ο ύπνος με αυτό τον τρόπο γίνεται ανήσυχος και ανεπαρκής. Την επό-

Η δυσκολία να πάνε για ύπνο αποτελεί το συχνότερο πρόβλημα που συναντάμε στα παιδιά ηλικίας 5-12 ετών. Η αντίσταση να πάει το παιδί στο κρεβάτι συνδέεται με το ακανόνιστο ωράριο ύπνου, τη μη ύπαρξη συγκεκριμένων κανόνων και τη δυνατότητα του παιδιού να κοιμάται αλλού εκτός από το κρεβάτι του

μενη ημέρα το παιδί παραπονείται για κούραση και παρουσιάζει δυσκολίες στη συγκέντρωση. Η κακή σχολική επίδοση και τα προβλήματα συμπεριφοράς μπορεί να συνδέονται με το σύνδρομο άπνοιας του ύπνου.

Η διάγνωση υποβοηθείται από το ιστορικό. Οι γονείς αναφέρουν την ακανόνιστη αναπνοή και το σταμάτημά της, το ροχαλητό και την αναπνοή από το στόμα.

Στη νυχτερινή ενοούρηση παρατηρείται η επαναλαμβανόμενη ακούσια απώλεια ούρων τη νύχτα, χωρίς την ύπαρξη σαφούς οργανικού αιτίου. Ως όριο θεωρείται η ηλικία των 5 ετών, γιατί τότε 85%-90% των παιδιών έχει επιτύχει φυσιολογικά τον έλεγχο της κύστης. Η αιτιολογία της ενοούρησης είναι πολυπαραγοντική. Η κληρονομικότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του συμπτώματος. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως η φτώχεια, οι διαλυμένες οικογένειες, η συναισθηματική και φυσική παραμέληση του παιδιού, οι πρώιμοι αποχωρισμοί, η παραμονή σε ιδρύματα, φαίνεται ότι σχετίζονται με την εμφάνιση της ενοούρησης.

Η ποιότητα της σχέσης που εγκαθίσταται κατά τη διάρκεια του χρόνου της εκπαίδευσης για τον έλεγχο της κύστης ανάμεσα σε γονιό και παιδί, υποστηρίζεται ότι έχει άμεση αιτιολογική σημασία σε πολλές περιπτώσεις. Γεγονότα ζωής που προκαλούν έντονο άγχος έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση δευτεροπαθούς ενοούρησης (π.χ. αποχωρισμός από τη μητέρα, γέννηση αδελφού, διάλυση οικογένειας, νοσηλεία). Ανεξαρτήτως αιτιολογίας, η ενοούρηση οδηγεί στην εμφάνιση δευτερογενών συναισθηματικών διαταραχών όπως άγχος, ντροπή, ενοχή στο παιδί και θυμό στους γονείς. Φυσιολογικά κατά την ανάπτυξη, η επίπτωση της ενοούρησης μειώνεται κατά 15% τον χρόνο από τα 5 μέχρι τα 18 χρόνια.

Ο τριγμός των οδόντων οφείλεται σε στερεοτυπικές κινήσεις της γνάθου που προκαλούν σφίξιμο και τρίξιμο των δοντιών. Συμβαίνει σε 50% των φυσιολογικών βρε-

ΜΙΚΡΕΣ ΗΛΙΚΙΕΣ

εφηβεία

4

Η οργάνωση του ύπνου κατά την εφηβεία ολοκληρώνεται και ταυτίζεται με εκείνη του ενηλίκου. Η συνολική διάρκεια του ύπνου ελαττώνεται για να φθάσει το 8ωρο στην ηλικία των 16 ετών. Ενώ οι διαταραχές ύπνου, όπως προκύπτει από επιδημιολογικές μελέτες, είναι συχνές στην εφηβεία, σπάνια οι έφηβοι ζητούν βοήθεια γι' αυτές.

Οι περισσότεροι έφηβοι συνδέουν τις διαταραχές τους με ψυχολογικούς παράγοντες όπως ένταση, ανησυχία, οικογενειακά προβλήματα, σχολικές δυσκολίες, κοινωνικά και επαγγελματικά προβλήματα.

Σε αυτή την περίοδο της ζωής, οι ανάγκες ύπνου έρχονται σε αντίθεση με τις εκπαιδευτικές απαιτήσεις και την αυξημένη δραστηριότητα, με αποτέλεσμα να διακόπτεται η κανονικότητα ύπνου - εγρήγορσης και να ελαττώνεται ο συνολικός χρόνος ύπνου.

Ο τρόπος ζωής των εφήβων τούς προσανατολίζει σε ξενύχτια, είτε λόγω διαβάσματος είτε λόγω διασκέδασης, έτσι ώστε να παρουσιάζουν καθυστέρηση στην επέλευση του ύπνου και καθυστέρηση του πρωινού ξυπνήματος.

Αυτές οι αϋπνίες χαρακτηρίζονται από την καθημερινή δυσκολία του εφήβου να κοιμηθεί πριν από τις δύο ή τρεις τη νύχτα και συνοδεύονται από μόνιμη στέρηση ύπνου, λόγω της πρωινής ώρας του ξυπνήματος που επιβάλλεται κυρίως από εκπαιδευτικούς λόγους.

Οι σοβαρότερες αϋπνίες συνδέονται με νυχτερινές εγέρσεις και δυσκολία του εφήβου να ξανακοιμηθεί. Ο έφηβος παραπονείται ότι δεν μπορεί να κοιμηθεί όπως θα το ήθελε. Οι ψυχολογικοί λόγοι κυριαρχούν εδώ, συχνότερα οφειλόμενοι σε υπερβολικό άγχος, με ή χωρίς καταθλιπτικά στοιχεία. Παρατηρούνται επίσης αϋπνίες δευτερογενείς στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, αλκοόλ ή καπνού, συχνών σε αυτή την ηλικία.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ: Σημαντικές για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών του ύπνου κατά την εφηβεία είναι η πρόληψη και η καλή υγιεινή του ύπνου. Η ψυχοσυναισθηματική ισορροπία του εφήβου και η ισορροπία των διαπροσωπικών σχέσεων είναι στοιχεία απαραίτητα για την ομαλή λειτουργία του ύπνου. Προτείνεται επίσης τακτικό πρόγραμμα κατάκλισης - αφύπνισης, με έγερση την ίδια ώρα κάθε πρωί όσο λίγος και αν ήταν ο ύπνος της προηγούμενης νύχτας. Αποφεύγεται ο ύπνος κατά τη διάρκεια της ημέρας και η παραμονή στο κρεβάτι όταν ο έφηβος δεν νυστάζει. Συνιστάται ελαφρά σωματική άσκηση κατά τη διάρκεια της ημέρας.

φών την περίοδο της οδοντοφυΐας. Βραχυκρόνια επεισόδια μπορούν επίσης να παρουσιαστούν στα νήπια. Θεωρείται παθολογικό όταν εμφανίζεται μετά τα δέκα έτη. Έντονοι και δυσάρεστοι ήχοι τη νύχτα προκαλούν πρόβλημα στην οικογένεια. Συχνά προκαλούνται οδοντιατρικά προβλήματα και οι οδοντίατροι είναι οι πρώτοι που καλούνται να παρέμβουν. Οι αιτιολογικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τη μη σωστή εμφύτευση των οδόντων, ψυχολογικό στρες και συναισθηματική ένταση.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ: Τα προβλήματα ύπνου κατά τη σχολική ηλικία αντιμετωπίζονται με συμβουλευτική γονέων με σκοπό τη βελτίωση της υγιεινής του ύπνου. Το τακτικό πρόγραμμα ωραρίων ύπνου - έγερσης, ο περιορισμός του παιδιού να κοιμάται μόνο στο κρεβάτι του, η προσοχή στις αλλαγές του περιβάλλοντος (μείωση των θορύβων, σταθερή θερμοκρασία), η αποφυγή διεγερτικών ουσιών (σοκολάτα, αναψυκτικά), βοηθούν στην αποκατάσταση των διαταραχών ύπνου. Στο σύνδρομο άπνοιας του ύπνου λόγω εμποδίου της αναπνοής η θεραπεία είναι χειρουργική. Η επέμβαση συνίσταται στην αφαίρεση των αδενοειδών εκβλαστήσεων ή των αμυγδαλών, ενώ σε βαρύτερες περιπτώσεις προτείνονται άλλες επεμβάσεις κυρίως πλαστικής χειρουργικής. Για την ενούρηση έχουν χρησιμοποιηθεί ποικίλες τεχνικές συμπεριφοράς και διαιτητικές αγωγές. Κατά τη σταδιακή εκπαίδευση για την αύξηση της χωρητικότητας της κύστης και τον έλεγχο των σφιγκτήρων, χορηγούνται περισσότερα υγρά την ημέρα και λιγότερα το βράδυ. Συνιστάται υποχρεωτική έγερση του παιδιού σε καθορισμένη ώρα και συγκράτηση των ούρων με σταδιακά αυξανόμενη πρόσληψη υγρών. Συσκευές αφύπνισης, ξυπνητήρι που χτυπά όταν το παιδί βρέξει το κρεβάτι του, συμπεριλαμβάνονται στις συμπεριφορολογικές μεθόδους. Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία βοηθά στην πρόληψη των δευτερογενών συναισθηματικών διαταραχών, οδηγώντας το παιδί να αναλάβει την πλήρη ευθύνη και αυξάνοντας την αυτοεκτίμησή του. Παράλληλα βοηθούνται οι γονείς να μεταβάλουν τη στάση τους και να μειώσουν τις προστριβές στην οικογένεια. ■



Κάθε μέρα η Υγεία
στις οθόνες σας
στο www.tanea.gr/ygeia



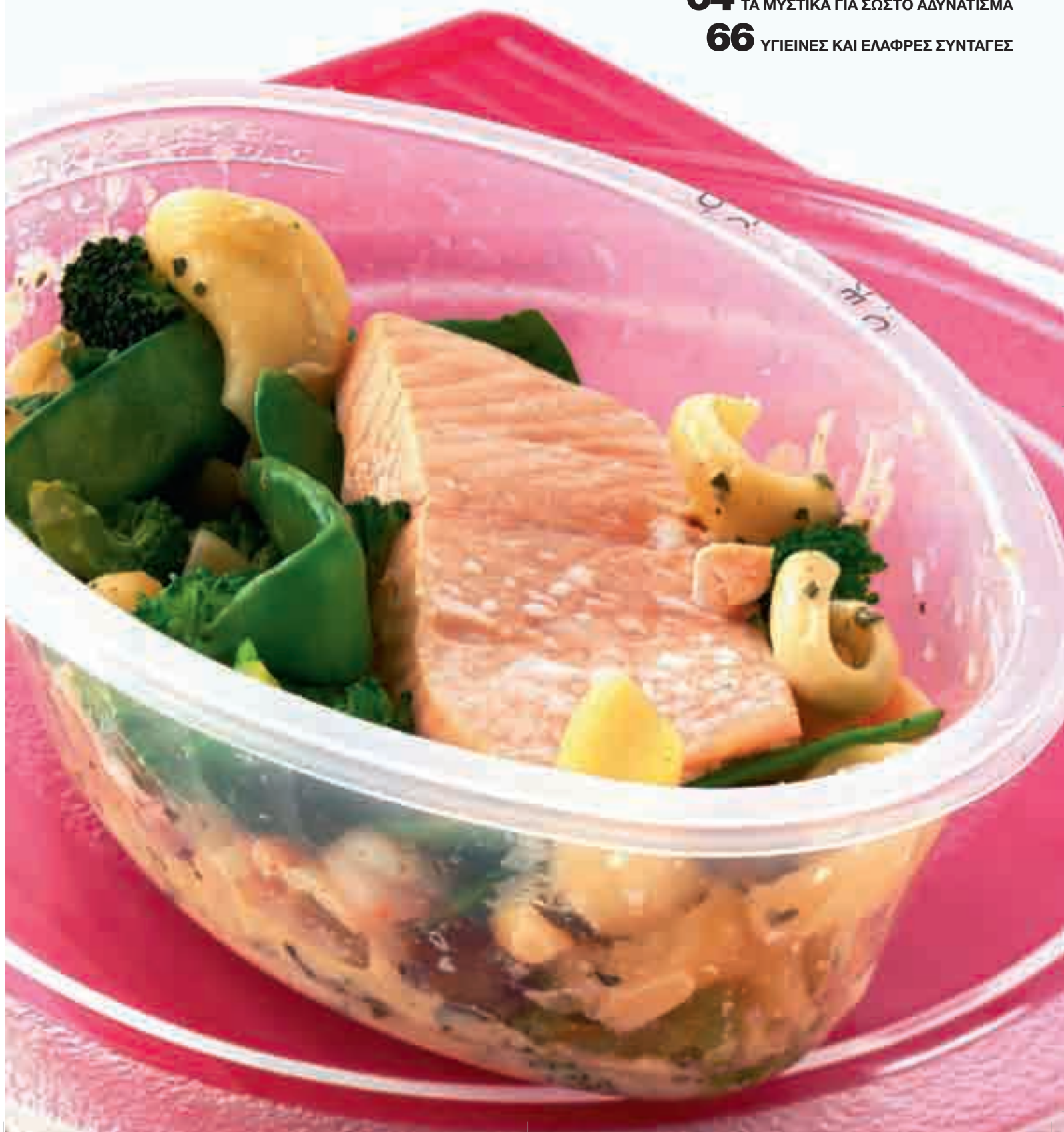
ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΟΣΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΞΕΡΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ ΚΑΙ ΤΟ ΠΟΤΟ

60 Ο ΚΑΛΟΣ ΥΠΝΟΣ ΠΕΡΝΑΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑΧΙ

64 ΤΑ ΜΥΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΣΩΣΤΟ ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑ

66 ΥΓΙΕΙΝΕΣ ΚΑΙ ΕΛΑΦΡΕΣ ΣΥΝΤΑΓΕΣ



ΔΕΙΠΝΟ ΕΛΑΦΡΥ ΓΙΑ ΥΠΝΟ ΕΛΑΦΡΥ



Της
ΑΣΤΕΡΙΑΣ ΣΤΑΜΑΤΑΚΗ, MSc
Διαιτολόγου-διατροφολόγου,
επιστημονικής συνεργάτιδας της
Γαστρεντερολογικής Κλινικής του Γενικού
Κρατικού Νικαίας

**ΟΛΟΙ ΕΧΟΥΜΕ ΑΚΟΥΣΕΙ ΤΗ
ΣΥΜΒΟΥΛΗ «ΜΗΝ ΚΑΝΕΤΕ
ΒΑΡΥ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΟ ΓΕΥΜΑ
ΠΡΙΝ ΚΟΙΜΗΘΕΙΤΕ».
ΑΝ ΚΙ ΑΥΤΗ Η ΣΥΜΒΟΥΛΗ
ΑΚΟΥΓΕΤΑΙ ΑΠΛΗ, ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ
ΩΣΤΟΣΟ ΕΥΚΟΛΟ ΝΑ
ΕΦΑΡΜΟΣΤΕΙ, ΑΦΟΥ ΟΙ
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΜΑΣ
ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΛΟΓΩ ΕΛΛΕΙΨΗΣ
ΧΡΟΝΟΥ ΑΝΑΓΚΑΖΟΜΑΣΤΕ
ΝΑ ΤΡΩΜΕ ΤΟ ΚΥΡΙΩΣ
ΓΕΥΜΑ ΑΡΓΑ ΤΗ ΝΥΧΤΑ**

Μελέτες δείχνουν ότι ο χρόνος και η ποσότητα του βραδινού εξαρτάται άμεσα από τον χρόνο και την ποσότητα των υπόλοιπων γευμάτων κατά τη διάρκεια της ημέρας. Όσο λιγότερα και πιο φτωχά είναι τα γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας τόσοι περισσότεροι είναι οι πιθανότητες να είναι πιο βαρύ το βραδινό γεύμα. Ποιες είναι όμως οι συνθήκες που προκαλεί στον οργανισμό

ένα μεγάλο γεύμα και μας δυσκολεύουν στον ύπνο μας; Ένα μεγάλο και βαρύ γεύμα δίνει στο κυκλοφορικό σύστημα το μήνυμα να στείλει περισσότερο αίμα στο γαστρεντερικό σύστημα ώστε να γίνει η πέψη, κάνει το στομάχι να εκκρίνει περισσότερο γαστρικό οξύ, ενώ οι λειτουργίες του παγκρέατος εντείνονται καθώς και η παραγωγή πεπτικών ενζύμων. Με λίγα λόγια, όταν καταναλώνουμε ένα μεγάλο

ΑΦΥΔΑΤΩΣΗ

[Μην περιμένετε το «συναγερμό»!]

Έχετε σκεφτεί ποτέ όπ

έστω και ένα «ανεπαίσθητο» ποσοστό αφυδάτωσης του οργανισμού μπορεί να κάνει την καθημερινότητά μας πολύ δύσκολη; Οι περισσότεροι από εμάς γνωρίζουμε πολύ καλά τη σημασία της ενυδάτωσης του οργανισμού και γι' αυτό, μόλις διψάσουμε, φροντίζουμε αμέσως να τον τροφοδοτήσουμε με υγρά. Αυτό που δεν γνωρίζουμε, όμως, είναι ότι η δίψα, στην πραγματικότητα, αποτελεί μία ένδειξη «συναγερμού», αφού σημαίνει ότι ο οργανισμός μας βρίσκεται ήδη σε στάδιο αφυδάτωσης. Μάλιστα, ακριβώς επειδή η ενυδάτωση έχει ζωική σημασία για την εύρυθμη λειτουργία του, το σώμα μας ανηδρά αμέσως στην έλλειψή της, με μία ποικιλία από δυσάρεστα συμπτώματα που μπορεί να δυσκολέψουν τις δραστηριότητές μας στο σπίτι, το γραφείο και την οδήγηση. Ένας πονοκέφαλος, λόγου χάρη, αίσθημα κόπωσης ή υπνηλίας, δυσκολία στη συγκέντρωση ή μείωση της εγρήγορης είναι στοιχεία που επηρεάζουν τη διάθεσή μας, τις επιδόσεις μας στην εργασία, αλλά και την ασφάλειά μας στο δρόμο – και είναι χαρακτηριστικό ότι αρκεί έστω και μία ελάχιστη απώλεια (2%) της «υγρασίας» του οργανισμού για να τα προκαλέσει! Κι επειδή δεν μπορούμε να αποφύγουμε αυτή την απώλεια, που είναι διαρκής σε όλη τη διάρκεια της ημέρας μέσω της αναπνοής, της εφίδρωσης και της λειτουργίας των νεφρών και του εντέρου, πρέπει οπωσδήποτε να φροντίζουμε για την εξίσου διαρκή αναπλήρωσή της!

Επιτέλους, ποικιλία!

Ένας ανασταλτικός παράγοντας για το γεγονός ότι, πολλές φορές παραμελούμε την ενυδάτωση του οργανισμού μας είναι η έλλειψη ποικιλίας. Όπως, δηλαδή, όταν πεινάμε δεν μπορούμε πάντα να χορταίνουμε με το ίδιο ακριβώς

φαγητό, έτσι και, όταν πρέπει

να πιούμε κάτι, δεν μπορούμε να...

καταφεύγουμε πάντα στη βρύση!

Είναι, λοιπόν, ιδιαίτερα παρήγορο το γεγονός ότι οι ειδικοί ανοίγουν πλέον την «πόρτα» στην ποικιλία, τονίζοντας ότι η αναπλήρωση της χαμένης «υγρασίας» του οργανισμού μπορεί να γίνει με τη βοήθεια όλων, σχεδόν, των τροφίμων και των ροφημάτων! Τα μεν πρώτα καλύπτουν το 20% των καθημερινών μας αναγκών σε υγρά, ενώ τα ροφήματα, στο σύνολό τους, καλύπτουν το υπόλοιπο 80%. Κι όταν λέμε «ροφήματα», εννοούμε όλη τη γκάμα των ποτών, καφεϊνούχων και μη, στην οποία συμπεριλαμβάνονται το γάλα, οι χυμοί, το τσάι, ο καφές και τα αναψυκτικά που, ανάλογα με το είδος τους, περιέχουν από 85% έως και 99% νερό.

Έτσι, οι πρόσφατες συστάσεις του Ινστιτούτου Ιατρικής της Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών των ΗΠΑ επισημαίνουν ότι η ζωική ανάγκη ενυδάτωσης του οργανισμού μπορεί να καλυφθεί με μία μεγάλη ποικιλία από τα αγαπημένα μας ροφήματα, ώστε να ικανοποιείται παράλληλα και η ανάγκη της απόλαυσης! Κατά τον ίδιο τρόπο

ανατρέπεται και η παλαιά πεποίθηση, σύμφωνα με την οποία τα ποτά που περιλαμβάνουν καφεΐνη προκαλούν αφυδάτωση, εξαπίας της διουρητικής δράσης της καφεΐνης. Τα νέα επιστημονικά δεδομένα δείχνουν ότι η διουρητική τους δράση είναι παροδική και δεν προκαλεί αφυδάτωση στον οργανισμό.

Όταν
διψάμε
είναι ήδη
αργά!



Ευχαριστούμε την κα Ελίνα Ιωάννου, MSc, Κλινική Διαπολόγο - Διατροφολόγο, για την επιστημονική επιμέλεια του άρθρου.



ΘΥΜΗΘΕΙΤΕ ΟΤΙ:

✓ Το 50-60%

του βάρους μας αποτελείται από νερό



Ένας μέσος όρος καθημερινής πρόσληψης υγρών είναι τα 3,7 λίτρα για τους ενήλικες άνδρες και 2,7 για τις ενήλικες γυναίκες.

και βαρύ γεύμα ο ανθρώπινος οργανισμός είναι αδύνατο να ηρεμήσει. Από την άλλη πλευρά ούτε η αποχή από την τροφή βοηθάει, καθώς ο εγκέφαλος δεν είναι αρκετά εφοδιασμένος με γλυκόζη (σάκχαρο) η οποία είναι απαραίτητη για την ομαλή λειτουργία του. Η λύση ενός μικρού σνακ μια ώρα πριν κοιμηθείτε, αν πραγματικά αισθάνεστε πεινασμένοι, δεν δημιουργεί κάποιο πρόβλημα.

Αλλά η ιδανική κατάσταση είναι να προγραμματίσετε το τελευταίο σας σνακ, ώστε να μην αισθάνεστε πείνα, 1-2 ώρες πριν πάτε στο κρεβάτι σας.

ΤΡΟΦΕΣ-ΕΜΠΟΔΙΑ

Κάποια συστατικά όπως η καφεΐνη (καφές, σοκολάτα, τσάι, κάποια αναψυκτικά τύπου κόλα) και η θεοφυλλίνη (μαύρο τσάι) φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά τον ύπνο. Ο περιορισμός της κατανάλωσης τροφίμων που περιέχουν καφεΐνη ή θεοφυλλίνη στο βραδινό γεύμα προτείνεται για καλύτερο ύπνο. Βέβαια πρέπει να σημειωθεί ότι η ευαισθησία στην καφεΐνη ποικίλλει από οργανισμό σε οργανισμό. Το αλκοόλ, αν και δρα σαν ηρεμιστικό στο νευρικό σύστημα, όταν καταναλώνεται το βράδυ έχει ως αποτέλεσμα κακής ποιότητας ύπνο, διότι αυξάνει την έκκριση αδρεναλίνης (ορμόνη του στρες) και μπλοκάρει τη μεταφορά τρυπτοφάνης στον εγκέφαλο – ενός αμινοξέος που παίζει σημαντικό ρόλο στην έλευση του ύπνου. Τα πικάντικα φαγητά που περιέχουν πολλά καρυκεύματα και μπαχαρικά μπορεί να προκαλέσουν ξινίλες και καούρες, καταστάσεις που επιδεινώνονται όταν ξαπλώνουμε. Επειδή το πεπτικό σύστημα επιβραδύνει τις λειτουργίες του κατά τη διάρκεια του ύπνου, η κατανάλωση ενός πικάντικου φαγητού μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα ύπνου. Τέλος, η κατανάλωση πολλών υγρών (ακόμα και νερού) θα πρέπει να μειωθεί. Η μεγάλη κατανάλωση υγρών μπορεί να σας ξυπνήσει αρκετές φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας για να επισκεφθείτε την τουαλέτα. Ο ιδανικός χρόνος για να σταματήσετε την κατανάλωση υγρών είναι 90 λεπτά πριν ξαπλώσετε στο κρεβάτι.

Η ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗ ΚΑΙ Η ΤΡΥΠΤΟΦΑΝΗ

Η σεροτονίνη είναι μια ουσία η οποία θεωρείται σημαντική για την έλευση του ύπνου. Το αμινοξύ τρυπτοφάνη αποτελεί πρόδρομο ουσία της σεροτονίνης και η λογική λέει ότι η αύξηση της κατανάλωσης τροφίμων πλούσιων σε τρυπτοφάνη θα διευκολύνει τον ύπνο. Αρκετά τρόφιμα είναι καλές πηγές τρυπτοφάνης (γαλακτοκομικά προϊόντα, πουλερικά αλλά και μπανάνα και ξηροί καρποί). Τα τρόφιμα αυτά,

ωστόσο, είναι ταυτοχρόνως καλές πηγές και άλλων αμινοξέων (όπως η τυροσίνη) που είναι πρόδρομες ουσίες άλλων ορμονών (π.χ. αδρεναλίνη) που δυσχεραίνουν τον ύπνο. Γι' αυτό τον λόγο, δεν συνιστάται ιδιαίτερα αυξημένη κατανάλωση τροφών πλούσιων σε τρυπτοφάνη στο βραδινό, προκειμένου να βελτιωθεί ο ύπνος, αλλά η κατανάλωση μικρής ποσότητας (λ.χ. ένα ποτήρι γάλα). Ένας άλλος παράγοντας ο οποίος επηρεάζει τα επίπεδα της σεροτονίνης είναι η πρόσληψη υδατανθράκων.

Καταναλώνοντας τρόφιμα πλούσια σε υδατάνθρακες αυξάνονται τα επίπεδα της ινσουλίνης στο αίμα. Η αύξηση των επιπέδων της ινσουλίνης έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη μεταφορά αμινοξέων στον εγκέφαλο, συμπεριλαμβανομένης και της τρυπτοφάνης. Τα αυξημένα επίπεδα της τρυπτοφάνης στον εγκέφαλο οδηγούν σε αυξημένη παραγωγή σεροτονίνης και σε αυξημένες πιθανότητες για καλύτερο ύπνο. Μελέτες δείχνουν ότι ένα μικρό σνακ πλούσιο σε υδατάνθρακες, όταν καταναλωθεί 1-2 ώρες πριν από τον ύπνο, έχει καλά αποτελέσματα στην ποιότητα του ύπνου. Ο τρόπος διατροφής μας και ο ύπνος μας συνδέονται στενά. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι δεν πρέπει να κάνουμε μεγάλα γεύματα πριν κοιμηθούμε και ότι υπάρχουν τροφές που επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου μας. Για να βελτιώσετε τον ύπνο σας πιείτε τον καφέ σας το πρωί, σταματήστε να καταναλώνετε αλκοόλ δύο ώρες πριν κοιμηθείτε, περιορίστε τη βραδινή κατανάλωση υγρών και αποφύγετε στο βραδινό σας φαγητό που πιθανόν να σας ενοχλούν. ■



Το φαγητό το βράδυ

3-4 ώρες πριν από τον ύπνο

■ Υδατάνθρακες με χαμηλό προς μέτριο γλυκαιμικό δείκτη, όπως ψωμί ολικής άλεσης, ρύζι, ζυμαρικά, μια ανάμεικτη πράσινη σαλάτα

■ Μια μικρή μερίδα «καλών» λιπαρών, όπως ελαιόλαδο, αβοκάντο, μαλακές μαργαρίνες, ξηροί καρποί

■ Ένα ρόφημα βοτάνων, όπως μέντα, χαμομήλι

■ Φρέσκα, αποξηραμένα ή μαγειρεμένα φρούτα

1-2 ώρες πριν από τον ύπνο

■ Ένα ζεστό ποτήρι γάλα

■ Ένα φρούτο

■ Μια μικρή χούφτα καρποί ωμοί ή ξηροί



ASHLEY & HOLMES ATHENS

Στα αλλαντικά... η διατροφή άλλαξε

Τώρα πια τα αλλαντικά δεν είναι μια ενοχική απόλαυση...

Είναι μια υγιεινή απόλαυση, γιατί η **Creta Farm** πέτυχε τη μέγιστη δυνατή υποκατάσταση του ζωικού λίπους με **εξαιρετικό παρθένο κρητικό ελαιόλαδο**.

δημιουργώντας τη μοναδική σειρά αλλαντικών Εν Ελλάδι. Η **Creta Farm** κατέκτησε - για τη σειρά αλλαντικών που διανέμονται στην Αμερική - τη μοναδική για τα ελληνικά δεδομένα, πιστοποίηση του **American Heart Association**, του εγκυρότερου οργανισμού για την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων.



Τα **Creta Farm εν Ελλάδι Gourmet** ζαμπόν μπούτι ψητό και φιλέτο γαλοπούλας ψητό κέρδισαν την αναγνώριση της **Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας**, διότι περιέχουν ελαιόλαδο και χαμηλά κορεσμένα λιπαρά. Η **χαμηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά συμβάλλει στην πρόληψη των καρδιακών παθήσεων**.

Για την **πιστοποίηση** από την Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία και την **αναγνώριση** της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας ο **κ. Δ. Κρεμαστινός, καθηγητής καρδιολογίας του πανεπιστημίου Αθηνών & Πρόεδρος της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας**, δήλωσε: «Η πιστοποίηση του American Heart Association διασφαλίζει με τον πλέον αξιόπιστο τρόπο τη στροφή προς την υγιεινή διατροφή και την τάση για προστασία του καταναλωτή. Τέτοιες πρωτοβουλίες πρέπει να επικροτούμε καθημερινά και να ενθαρρύνουμε με απώτερο σκοπό την προστασία του κοινού από καρδιαγγειακές παθήσεις».



Τα αλλαντικά
της καρδιάς μας

ΑΦΥΔΑΤΩΣΗ

[Μην περιμένετε το «συναγερμό»!]

Έχετε σκεφτεί ποτέ όπ

έστω και ένα «ανεπαίσθητο» ποσοστό αφυδάτωσης του οργανισμού μπορεί να κάνει την καθημερινότητά μας πολύ δύσκολη; Οι περισσότεροι από εμάς γνωρίζουμε πολύ καλά τη σημασία της ενυδάτωσης του οργανισμού και γι' αυτό, μόλις διψάσουμε, φροντίζουμε αμέσως να τον τροφοδοτήσουμε με υγρά. Αυτό που δεν γνωρίζουμε, όμως, είναι ότι η δίψα, στην πραγματικότητα, αποτελεί μία ένδειξη «συναγερμού», αφού σημαίνει ότι ο οργανισμός μας βρίσκεται ήδη σε στάδιο αφυδάτωσης. Μάλιστα, ακριβώς επειδή η ενυδάτωση έχει ζωική σημασία για την εύρυθμη λειτουργία του, το σώμα μας ανηδρά αμέσως στην έλλειψή της, με μία ποικιλία από δυσάρεστα συμπτώματα που μπορεί να δυσκολέψουν τις δραστηριότητές μας στο σπίτι, το γραφείο και την οδήγηση. Ένας πονοκέφαλος, λόγου χάρη, αίσθημα κόπωσης ή υπνηλίας, δυσκολία στη συγκέντρωση ή μείωση της εγρήγορης είναι στοιχεία που επηρεάζουν τη διάθεσή μας, τις επιδόσεις μας στην εργασία, αλλά και την ασφάλειά μας στο δρόμο – και είναι χαρακτηριστικό ότι αρκεί έστω και μία ελάχιστη απώλεια (2%) της «υγρασίας» του οργανισμού για να τα προκαλέσει! Κι επειδή δεν μπορούμε να αποφύγουμε αυτή την απώλεια, που είναι διαρκής σε όλη τη διάρκεια της ημέρας μέσω της αναπνοής, της εφίδρωσης και της λειτουργίας των νεφρών και του εντέρου, πρέπει οπωσδήποτε να φροντίζουμε για την εξίσου διαρκή αναπλήρωσή της!

Επιτέλους, ποικιλία!

Ένας ανασταλτικός παράγοντας για το γεγονός ότι, πολλές φορές παραμελούμε την ενυδάτωση του οργανισμού μας είναι η έλλειψη ποικιλίας. Όπως, δηλαδή, όταν πεινάμε δεν μπορούμε πάντα να χορταίνουμε με το ίδιο ακριβώς

φαγητό, έτσι και, όταν πρέπει

να πιούμε κάτι, δεν μπορούμε να...

καταφεύγουμε πάντα στη βρύση!

Είναι, λοιπόν, ιδιαίτερα παρήγορο το γεγονός ότι οι ειδικοί ανοίγουν πλέον την «πόρτα» στην ποικιλία, τονίζοντας ότι η αναπλήρωση της χαμένης «υγρασίας» του οργανισμού μπορεί να γίνει με τη βοήθεια όλων, σχεδόν, των τροφίμων και των ροφημάτων! Τα μεν πρώτα καλύπτουν το 20% των καθημερινών μας αναγκών σε υγρά, ενώ τα ροφήματα, στο σύνολό τους, καλύπτουν το υπόλοιπο 80%. Κι όταν λέμε «ροφήματα», εννοούμε όλη τη γκάμα των ποτών, καφεϊνούχων και μη, στην οποία συμπεριλαμβάνονται το γάλα, οι χυμοί, το τσάι, ο καφές και τα αναψυκτικά που, ανάλογα με το είδος τους, περιέχουν από 85% έως και 99% νερό.

Έτσι, οι πρόσφατες συστάσεις του Ινστιτούτου Ιατρικής της Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών των ΗΠΑ επισημαίνουν ότι η ζωική ανάγκη ενυδάτωσης του οργανισμού μπορεί να καλυφθεί με μία μεγάλη ποικιλία από τα αγαπημένα μας ροφήματα, ώστε να ικανοποιείται παράλληλα και η ανάγκη της απόλαυσης! Κατά τον ίδιο τρόπο

ανατρέπεται και η παλαιά πεποίθηση, σύμφωνα με την οποία τα ποτά που περιλαμβάνουν καφεΐνη προκαλούν αφυδάτωση, εξαπίας της διουρητικής δράσης της καφεΐνης. Τα νέα επιστημονικά δεδομένα δείχνουν ότι η διουρητική τους δράση είναι παροδική και δεν προκαλεί αφυδάτωση στον οργανισμό.

Όταν
διψάμε
είναι ήδη
αργά!



Ευχαριστούμε την κα Ελίνα Ιωάννου, MSc, Κλινική Διαπολόγο - Διατροφολόγο, για την επιστημονική επιμέλεια του άρθρου.

ΘΥΜΗΘΕΙΤΕ ΟΤΙ:

✓ Το 50-60%

του βάρους μας αποτελείται από νερό



Ένας μέσος όρος καθημερινής πρόσληψης υγρών είναι τα 3,7 λίτρα για τους ενήλικες άνδρες και 2,7 για τις ενήλικες γυναίκες.

10+1

ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΣΩΣΤΟ ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑ

Η ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΠΛΗ ΥΠΟΘΕΣΗ, ΓΙ' ΑΥΤΟ, ΑΠΟΤΥΓΧΑΝΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΤΟ 90% ΤΩΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΩΝ. ΣΕ ΠΟΛΛΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ, ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΜΕΓΑΛΕΣ ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ: ΟΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΘΕΛΟΥΝ ΝΑ ΧΑΣΟΥΝ ΕΥΚΟΛΑ ΚΑΙ ΓΡΗΓΟΡΑ ΠΟΛΛΑ ΚΙΛΑ, ΟΤΑΝ ΤΟ ΣΩΣΤΟ ΕΙΝΑΙ ΝΑ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΟΥΝ ΝΑ ΧΑΣΟΥΝ ΤΑ ΠΕΡΙΤΤΑ ΜΕ ΑΡΓΟ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΑΚΟ ΡΥΘΜΟ.



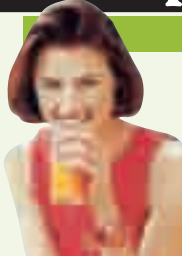
Του
ΔΗΜΗΤΡΗ Π. ΜΠΕΡΤΖΕΛΕΤΟΥ, MSc
Κλινικού Διαιτολόγου -
Διατροφολόγου, αντιπροέδρου
Πανελληνίου Συλλόγου
Διαιτολόγων - Διατροφολόγων

Ο στόχος ενός σωστού προγράμματος αδυνατίσματος είναι η απώλεια μισού ή ενός κιλού την εβδομάδα, κάτι που θα επιτύχετε αν μάθετε σιγά σιγά να τρώτε υγιεινά και όχι καταφεύγοντας σε δίαιτες-αστραπή, μαγικούς συνδυασμούς τροφίμων και σε κάθε είδους βοηθήματα, τα οποία μπορεί προσωρινά να έχουν αποτέλεσμα, αλλά δεν αποτελούν τη λύση στη μακροχρόνια απώλεια βάρους και στη βελτίωση της υγείας. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δώσετε στις θερμίδες που προσλαμβάνετε μέσω της τροφής. Πολλές μελέτες έχουν δείξει πως οι περισσότεροι άνθρωποι προσπαθούν να αδυνατίσουν καταναλώνοντας 1.000 έως 1.300 θερμίδες την ημέρα. Όταν όμως οι θερμίδες είναι λιγότερες από 1.200 την ημέρα για τις γυναίκες ή 1.400 για τους άνδρες, σπανίως προέρχονται από επαρκή ποσότητα φαγητού ώστε να μην αναπτύσσεται πείνα και να είναι εφικτή η συνέχιση της δίαιτας.

Όταν εξάλλου τρώει κάποιος λιγότερες από 1.200 θερμίδες την ημέρα, είναι πολύ πιθανό να μην εφοδιάζει τον οργανισμό του με όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται, γεγονός που ευνοεί την (προσωρινή) απώλεια νερού και όχι την (μόνιμη) απώλεια λίπους. Μεγάλο λάθος είναι επίσης να «κόψετε» τους υδατάνθρακες (ψωμί, ζυμαρικά, δημητριακά, πατάτα), αφού σωστό αδυνάτισμα μόνο με κρέας και σαλάτα δεν γίνεται. Είναι απαραίτητο το καθημερινό σας διαιτολόγιο να συμπεριλαμβάνει τρόφιμα από όλες τις ομάδες τροφίμων. Για να αδυνατίσετε σωστά ακολουθήστε τους εξής βασικούς κανόνες:

- 1.** Να συνοδεύετε πάντα τα γεύματά σας με άφθονη σαλάτα ή λαχανικά.
- 2.** Να χρησιμοποιείτε ελαιόλαδο με μέτρο: 2-3 κουταλιές της σούπας την ημέρα είναι αρκετό.
- 3.** Να χρησιμοποιείτε, αντί για αλάτι, μυρωδικά (π.χ. ρίγανη).
- 4.** Μη στερείστε τα γλυκά. Να τα τρώτε, αλλά το πολύ δύο φορές την εβδομάδα, επιλέγοντας πάντοτε όσα περιέχουν λίγες θερμίδες (παγωτό απλό, γλυκό κουταλιού, κρέμα καραμελέ, ντόνατς απλό κ.ά.).
- 5.** Να καταναλώνετε τέσσερα φρούτα την ημέρα (να θυμάστε ότι 1 ποτήρι με φρέσκο φρουτοχυμό ισοδυναμεί με κατανάλωση 2 φρούτων).
- 6.** Να τρώτε τα λαδερά και τα όσπρια με ελάχιστο λάδι στο μαγείρεμα (όχι πάνω από 1-2 κουταλιές της σούπας ανά μερίδα).
- 7.** Να προτιμάτε ψωμί ολικής αλέσεως.
- 8.** Να αποφεύγετε συστηματικά τις πίτες, τις τυρόπιτες και κάθε είδους πίτα του εμπορίου. Στη θέση τους μπορείτε να βάλετε το κουλούρι Θεσσαλονίκης, τα κριτσίνια και άλλα υγιεινά αρτοσκευάσματα.
- 9.** Να πίνετε τα ροφήματά σας (π.χ. τσάι, καφέ, αναψυκτικά) χωρίς ζάχαρη ή σε light μορφή. Αν δεν μπορείτε να κόψετε τη ζάχαρη, χρησιμοποιείτε 1 κουταλάκι του γλυκού (κοφτό).
- 10.** Να πίνετε άφθονο νερό.
- 11.** Μην ξεχνάτε τη γυμναστική. Εάν πάσχετε από οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας ή έχετε περάσει πολύ καιρό χωρίς να γυμναστείτε, ρωτήστε τον γιατρό σας ποιο είδος εκγύμνασης είναι κατάλληλο για εσάς. ■

Εβδομαδιαίο διαιτολόγιο 1.300 θερμίδων

	1η ΗΜΕΡΑ	2η ΗΜΕΡΑ	3η ΗΜΕΡΑ	4η ΗΜΕΡΑ	5η ΗΜΕΡΑ	6η ΗΜΕΡΑ	7η ΗΜΕΡΑ
							
 ΠΡΩΙΝΟ	1 φέτα ψωμί 1 φέτα τυρί	1 τoστ (διπλό τυρί) +λαχανικά	1 τoστ (διπλό τυρί) +λαχανικά	1 φέτα ψωμί 1 φέτα τυρί	1 τoστ (διπλό τυρί) +λαχανικά	1 φέτα ψωμί 1 φέτα τυρί	1 τoστ (διπλό τυρί) +λαχανικά
 ΔΕΚΑ- ΤΙΑΝΟ	1 μπανάνα	2 φρούτα	2 φρούτα ή 1 μπανάνα	2 φρούτα ή 1 ποτ. φρ. χυμός (ή 1 μπανάνα)	2 φρούτα	2 φρούτα	2 φρούτα
 ΜΕΣΗ- ΜΕΡΙΑΝΟ	1 φιλέτο κοτόπουλο 2 φλ. σαλάτα 1 φλ. ρύζι 3 κ.γ. ελαιόλαδο	1 μικρή τσιπούρα 2 φλ. χόρτα 1 φέτα ψωμί 3 κ.γ. ελαιόλαδο	2 κομ. γεμιστά (στραγγισμένα) 60 γρ. τυρί 1 φέτα ψωμί 3 κ.γ. ελαιόλαδο	100 γρ. κοτό- πουλο 4-5 κομ. πατάτες 2 φλ. σαλάτα (χωρίς λάδι)	1 πιάτο σπανακόρυζο (στραγγισμένο) 60 γρ. τυρί 1 φέτα ψωμί 3 κ.γ. ελαιόλαδο	1 μπριζόλα μοσχαρίσια 2 φλ. μπρόκολο 1 φέτα ψωμί 3 κ.γ. ελαιόλαδο	1 πατάτα βραστή 2 φλ. σαλάτα Τόνος σε νερό 3 κ.γ. ελαιόλαδο
 ΑΠΟΓΕΥ- ΜΑΤΙΝΟ	2 φρούτα 1 φρυγανιά 30 γρ. τυρί	1 γιαούρτι 2%	1 φρούτο	1 φρούτο	1 γιαούρτι 2%	1 φρούτο	1 φρούτο 1 γιαούρτι 2%
 ΒΡΑΔΙΝΟ	1 παξιμάδι + 2κ.γ. ελαιόλαδο +τομάτα +ρίγανη +30 γρ. τυρί	1 παξιμάδι + 2κ.γ. ελαιόλαδο +τομάτα +ρίγανη +30 γρ. τυρί	1 ομελέτα σε αντικολλητικό τηγάνι (2 αυγά +λαχανικά) 30 γρ. τυρί 2 φλ. μπρόκολο 1 φέτα ψωμί 2 κ.γ. ελαιόλαδο	1 ποτήρι γάλα 1,5% 1/2 φλ. δημητριακά 1 φρυγανιά 30 γρ. τυρί	1 αυγό τηγανητό 2 φλ. σαλάτα 1 φέτα ψωμί 2 κ.γ. ελαιόλαδο	1 τόστ (τυρί + βραστή γαλοπούλα + λαχανικά) 1 φρούτο	2 φλ. σαλάτα 1 φέτα ψωμί 1 αυγό βραστό 2 κ.γ. ελαιόλαδο

Εβδομαδιαίο διαιτολόγιο 1.800 θερμίδων

 ΠΡΩΙΝΟ	1 τόστ (τυρί + βραστή γαλοπούλα + λαχανικά)	1 τόστ (τυρί + βραστή γαλοπούλα + λαχανικά)	2 φέτες ψωμί 1 κ.γ. βούτυρο 1 κ.γ. μέλι	1 τoστ (τυρί + βραστή γαλοπούλα + λαχανικά)	2 φέτες ψωμί 1 κ.γ. βούτυρο 1 κ.γ. μέλι	2 φέτες ψωμί 1 κ.γ. βούτυρο 1 κ.γ. μέλι	2 φέτες ψωμί 1 κ.γ. βούτυρο 1 κ.γ. μέλι
 ΔΕΚΑ- ΤΙΑΝΟ	1 ποτ. φρ. χυμός ή 2 φρούτα	1 ποτ. φρ. χυμός ή 2 φρούτα	1 μπανάνα	3 - 4 κράκερ 1 ποτ. φρ. χυμός	1 ποτ. φρ. χυμός ή 2 φρούτα	3 - 4 κράκερ 1 ποτ. φρ. χυμός	3 - 4 κράκερ 1 ποτ. φρ. χυμός
 ΜΕΣΗ- ΜΕΡΙΑΝΟ	1 φιλέτο κοτόπουλο 1 πιάτο μαρούλι 2 φέτες ψωμί 4 κ.γ. ελαιόλαδο	1 μικρή τσιπούρα 1 φλ. χόρτα 2 φέτες ψωμί	1 μπριζόλα μικρή 2 φλ. χόρτα 2 φέτες ψωμί	1 πιάτο φακές (περιορ. λάδι) 60 γρ. τυρί 2 φέτες ψωμί 4 κ.γ. ελαιόλαδο	1 1/2 φλ. μακαρόνια (+ 2 κ. σ. τυρί τριμμένο + 2 κ.σ. σάλτσα κόκκινη) 2 φλ. σαλάτα (χωρίς λάδι)	2 μπιφτέκια ψητά 2 φλ. σαλάτα 2 φέτες ψωμί	1 πιάτο φασολάκια (στραγγισμένα) 90 γρ. τυρί 2 φέτες ψωμί 4 κ.γ. ελαιόλαδο
 ΑΠΟΓΕΥ- ΜΑΤΙΝΟ	1 φέτα ψωμί 30 γρ. τυρί 1 φρούτο	2 φρούτα 1 γιαούρτι 2%	2 φρούτα 1 φρυγανιά 30 γρ. τυρί	2 φρούτα 1 γιαούρτι 2%	2 φρούτα 1 γιαούρτι 2%	2 φρούτα 1 φρυγανιά 30 γρ. τυρί	2 φρούτα
 ΒΡΑΔΙΝΟ	1 παξιμάδι + 60 γρ. τυρί + 2 κ.γ. ελαιόλαδο	1 παξιμάδι + 60 γρ. τυρί + 2 κ.γ. ελαιόλαδο 1 φρούτο	1 τoστ (τυρί + βραστή γαλοπούλα + λαχανικά) 1 φρούτο	1 φλ. σαλάτα 1 φέτα ψωμί 1 αυγό βραστό 1 φέτα τυρί 2 κ.γ. ελαιόλαδο	1 φλ. σαλάτα (χωρίς λαδι) 1 αυγό τηγανητό 50 γρ. τυρί 1 φέτα ψωμί 1 κ.γ. ελαιόλαδο	1 παξιμάδι + 60 γρ. τυρί + 2 κ.γ. ελαιόλαδο 1 φρούτο	1 φιλέτο κοτόπουλο 2 φλ. σαλάτα 1-2 κομμάτια ορεκτικά

ΣΥΝΤΑΓΕΣ

ΦΙΛΙΚΕΣ

ΓΙΑ ΤΟ ΣΤΟΜΑΧΙ

ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ ΔΕΝ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΒΑΡΥ ΓΙΑ
ΝΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΗ ΓΕΥΣΗ ΚΑΙ ΝΑ
ΤΡΟΦΟΔΟΤΗΣΕΙ ΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΜΕ ΟΛΑ ΤΑ
ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ.

Του
ΜΑΝΟΥ ΚΑΖΑΜΙΑ
B.Sc. M.Sc. διαιτολόγου -
διατροφολόγου του
Πανεπιστημίου του
Λονδίνου



ΚΑΤΣΙΚΑΚΙ ΜΕ ΣΠΑΡΑΓΓΙΑ ΚΑΙ ΜΠΡΟΚΟΛΟ

Τα σπαράγγια, τόσο τα άγρια που υπάρχουν άφθονα στη Μεσόγειο όσο και τα καλλιεργημένα, είναι πολύ ευεργετικά για την καλή κυκλοφορία του αίματος και την πέψη των τροφών.

Υλικά για 4 μερίδες (245 θερμίδες η καθεμία)

- 600 γρ. άπαχο κατσικάκι
- φρέσκο πιπέρι
- 3 σκελίδες σκόρδο
- 1 κουταλιά ελαιόλαδο
- 1 κρεμμύδι κομμένο
- 80 ml μαυροδάφνη
- 1 πιπεριά κομμένη
- 16 σπαράγγια
- 200 γρ. μπρόκολο
- 1 φύλλο δάφνη
- μαϊντανός για γαρνιτούρα

Εκτέλεση

Σοτάρετε το κρέας απ' όλες τις πλευρές μέχρι να ροδίσει καλά. Σοτάρετε και το κρεμμύδι με το ελαιόλαδο για περίπου 5 λεπτά και τα ρίχνετε όλα μαζί στην κατσαρόλα με το κρέας.

Προσθέτετε το σκόρδο, τη δάφνη, τη μαυροδάφνη, την πιπεριά και το φρέσκο πιπέρι, και αφήνετε ανακατεύοντας να βράσουν καλά για μία ώρα.

Προσθέτετε το μπρόκολο και τα σπαράγγια και αφήνετε να βράσουν όλα μαζί για ακόμη 10 λεπτά. Σερβίρετε με φρέσκο μαϊντανό.

ΡΙΖΟΤΟ ΜΕ ΦΡΕΣΚΑ ΜΥΡΩΔΙ- ΚΑ ΚΑΙ ΛΕΒΑΝΤΑ

Το ρύζι είναι μια πολύ καλή πηγή υδατανθράκων που εδώ συνδυάζεται με τα εξαιρετικά μυρωδικά της Μεσογείου.

Υλικά για 4 μερίδες (385 θερμίδες η καθεμία)

- 1 λίτρο ζωμός κοτόπουλο
- 1 κουταλιά βούτυρο φρέσκο
- 1 κουταλιά ελαιόλαδο
- 1 κρεμμύδι ψιλοκομμένο
- 1 σκελίδα σκόρδο ψιλοκομμένη
- 300 γρ. ρύζι
- 3 κουταλιές μαϊντανός ψιλοκομμένος
- 3 κουταλιές βασιλικός

- ψιλοκομμένος
- 3 κουταλιές ρίγανη ψιλοκομμένη
- 3 κουταλιές θυμάρι ψιλοκομμένο
- 30 γρ. παρμεζάνα
- 1 αλατοπίπερο
- 1 κουταλιά άνθη λεβάντας

Εκτέλεση

Σοτάρετε το βούτυρο, το ελαιόλαδο, το κρεμμύδι και το σκόρδο. Ρίχνετε το ρύζι και σιγά σιγά προσθέτετε το ζωμό, που προηγουμένως έχετε βράσει, μέχρι να απορροφηθεί από το ριζότο.

Προσθέτετε τα βότανα σβίνοντας τη φωτιά και ανακατεύετε καλά. Σερβίρετε με αλατοπίπερο, παρμεζάνα και τα άνθη της λεβάντας.





ΧΤΑΠΟΔΙ ΚΡΑΣΑΤΟ

Άλλη μια έντονα μεσογειακή συνταγή που «παντρεύει» το χταπόδι με το κόκκινο κρασί, γνωστό για τις ευεργετικές του ιδιότητες στο καρδιαγγειακό μας σύστημα.

Υλικά για 6 μερίδες (430 θερμίδες η καθεμία)

- 1 κιλό χταπόδι
- 150 ml κόκκινο κρασί
- 150 ml ελαιόλαδο
- μαϊντανός φιλοκομμένος

Εκτέλεση

Κόβετε το χταπόδι σε μεγάλα κομμάτια και το βάζετε μόνο του στην κατσαρόλα σε μέτρια φωτιά μέχρι να βγάλει όλα τα υγρά του. Μόλις απορροφηθούν όλα τα υγρά ρίχνετε το λάδι και το κρασί και το αφήνετε να σιγοβράσει για περίπου 30 λεπτά ώσπου να μαλακώσει. Σερβίρετε με λίγο μαϊντανό φιλοκομμένο.



Tips&info

Δοκιμάστε τις συνταγές από το βιβλίο
«52 συνταγές υγείας - Πλήρης διατροφή για γερό οργανισμό»

ΣΠΑΓΚΕΤΙ ΜΕ ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΚΑ ΦΑΣΟΛΙΑ ΚΑΙ ΣΠΑΡΑΓΓΙΑ

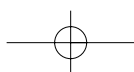
Μια μακαρονάδα έντονα μεσογειακή και γευστική, πλούσια σε θρεπτικά συστατικά και φυτικές ίνες με μεγάλη διατροφική αξία.

Υλικά για 4 μερίδες (450 θερμίδες η καθεμία)

- 300 γρ. σπαγκέτι
- 500 γρ. σπαράγγια
- 2 κουταλιές ελαιόλαδο
- 250 γρ. μαυροματικά φασόλια (βρασμένα)
- 75 ml κρέμα γάλακτος
- 50 γρ. παρμεζάνα
- μαϊντανός κομμένος
- χυμός ½ λεμονιού

Εκτέλεση

Βράζετε τα μακαρόνια σε αλατισμένο νερό. Σοτάρετε τα σπαράγγια και τα φασόλια με το ελαιόλαδο για περίπου 10 λεπτά. Ανακατεύετε με τα μακαρόνια και ρίχνετε και την κρέμα γάλακτος. Σερβίρετε με παρμεζάνα, φρέσκο μαϊντανό και χυμό λεμονιού.



ΙΑΤΡΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΥΠΝΟΥ

ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΕ ΟΛΗ ΤΗ ΧΩΡΑ

ΑΤΤΙΚΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

Υψηλάντου 45 - 47, Αθήνα 10675
Τηλέφωνα για ραντεβού:
210 - 7201631 και 210 - 7201843
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Εργαστήριο φυσιολογίας της αναπνοής:
ανάλογα με τα ραντεβού
Κέντρο μελέτης ύπνου: Καθημερινά,
10.00 - 13.00

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Βασ. Σοφίας 114, Αθήνα 11527
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1'ασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ιατρείο υπνικής άπνοιας. Ανάλογα με τα
ραντεβού

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ

25ης Μαρτίου 14, Μελίσσια 15127
Τηλέφωνα για ραντεβού:
210 - 6133555
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Κατόπιν συνεννόησης

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ

Σισμανόγλου 1, Μαρούσι 15126
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1'ασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ιατρείο υπνικής άπνοιας: Τρίτη και
Πέμπτη 10.00 - 12.00
Ιατρείο αποκατάστασης πνευμονικής
λειτουργίας: Πέμπτη 13.00 - 15.00

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΟ

Ρίμινι 1, Χαϊδάρι 12462
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1'ασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ιατρείο λειτουργικού ελέγχου αναπνοής.
Κατόπιν συνεννόησης με τους γιατρούς

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ ΘΡΙΑΣΙΟ

Λ. Γεννηματά, Μαγούλα 19600
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1'ασις)

Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Δευτέρα και Τετάρτη, 09.30 - 12.00

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ ΔΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ (ΓΕΝΙΚΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΝΙΚΑΙΑΣ)

Μαντούβαλου 3, Νίκαια 18454
Τηλέφωνα για ραντεβού: 213 - 2077184
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Κατόπιν συνεννόησης με τη γιατρό

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ ΤΖΑΝΕΙΟ

Αφεντούλη και Τζανή, Πειραιάς 18536
Τηλέφωνα για ραντεβού: 210 - 4592854
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Καθημερινά, 10.00 - 13.00

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΧΕΠΑ

Στ.λπ. Κυριακίδη 1, Θεσ/νίκη 54636
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1'ασις)
και 2310 - 993359
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Τρίτη και Πέμπτη, 10.00 - 14.00

ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ

Εθνικής Αντιστάσεως 161,
Θεσ/νίκη 55134
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1'ασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ανάλογα με τα ραντεβού, 10.00 - 14.00

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

Εξοχή, Θεσ/νίκη 57010
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1'ασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Τετάρτη 09.00 - 12.30
(για τις πρώτες εξετάσεις)

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Κων/πολεως 49, Θεσ/νίκη 54642
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1'ασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Τετάρτη 11.00 - 12.00

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

Περ. Οδός Ν. Ευκαρπίας,
Θεσ/νίκη 56249
Τηλέφωνα για ραντεβού:
2310 - 693231 και 2310 - 693229
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Καθημερινά 08.30 - 13.00

ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ

Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς
Νοσοκομίου 1, Κιλκίς 61100
Τηλέφωνα για ραντεβού: 23410 - 22222
Ημέρες και ώρες λειτουργίας: Δευτέρα
10.00 - 13.00

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ Αμ. Ερυθ. Σταυρού 61, Καβάλα 65201

Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1'ασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ανάλογα με τα ραντεβού

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ

Περιοχή Δραγάνα, Αλεξανδρούπολη
68100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1'ασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Τετάρτη, 10.00 - 13.00

ΗΠΕΙΡΟΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Λ. Πανεπιστημίου, Ιωάννινα 45500
Τηλέφωνα για ραντεβού:
26510 - 99611
Ημέρες και ώρες λειτουργίας: Τρίτη και
Πέμπτη, 12.30 - 14.00

ΘΕΣΣΑΛΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ

Λάρισα 41110
Τηλέφωνα για ραντεβού:
2410 - 682896
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Πέμπτη 09.00 - 13.00

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ (ΡΙΟ)

Ρίο Πατρών, Πάτρα 26500
Τηλέφωνα για ραντεβού:
2610 - 990000
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Δευτέρα 09.00 - 13.00

ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ

Τέρμα Ερ. Σταυρού, Τρίπολη 22100
Τηλέφωνα για ραντεβού: 2710 - 232048
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ψυχιατρικού
νοσοκομείου Τρίπολης. Καθημερινά
κατόπιν συνεννόησης με τον γιατρό

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΥΣ Κορίνθου 191, Άργος 21200

Τηλέφωνα για ραντεβού:
27510 - 67862
ΗΜΕΡΕΣ ΚΑΙ ΩΡΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ:
Δευτέρα - Τετάρτη και Παρασκευή,
09.00 - 14.00

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΥΠΛΙΟΥ

Ναύπλιο 21100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
27520 - 98170
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Πνευμονολογική κλινική. Καθημερινά
κατόπιν συνεννόησης με τους γιατρούς

ΚΡΗΤΗ

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ)

Ηράκλειο 71001
Τηλέφωνα για ραντεβού:
2810 - 392469 και 2810 - 394824
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Τρίτη, Τετάρτη και Πέμπτη, 10.00 - 13.00

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΝΙΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ»

Μουρνιές Χανίων, Χανιά 73100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
28210 - 22540
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Κατόπιν συνεννόησης με τους γιατρούς



Κάθε μέρα η Υγεία
στις οθόνες σας

στο www.tanea.gr/ygeia



ΑΝΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΕ ΟΛΗ ΤΗ ΧΩΡΑ

Στα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας δεν υπάρχουν ειδικά ιατρεία και εργαστήρια μελέτης ύπνου, γι' αυτό οι περιπτώσεις διαταραχών ύπνου αναλαμβάνονται από τους γιατρούς στις Νευρολογικές, Παθολογικές ή Πνευμονολογικές κλινικές.

ΑΤΤΙΚΗ

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΚΟΡΤΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ (ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ)

Ερ. Σταυρού 1,
Αθήνα 11526
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1asis)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ανάλογα με τα ραντεβού

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΛΑΙΚΟ

Αγ. Θωμά 17, Αθήνα 11527
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1asis)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ανάλογα με τα ραντεβού

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ

Ιακωβάτων 43,
Κ. Πατήσια 11144
Τηλέφωνα για ραντεβού:
210 - 2284851 - 5
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ανάλογα με τα ραντεβού

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΤΗΣΙΩΝ

Χαλκίδος 15 - 17, Αθήνα 11143
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1asis)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Κατόπιν συνεννόησης με τον
γιατρό

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ

Πειραιώς 3, Αθήνα 10552
Τηλέφωνα για ραντεβού:
210 - 5276000
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ανάλογα με τα ραντεβού

**ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ**
Αγ. Όλγας 3 - 5, Νέα Ιωνία 14233
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1asis)

Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Τρίτη, Πέμπτη και Παρασκευή,
10.00 - 13.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ

(ΓΕΝΙΚΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ)
Μεσογείων 154,
Χολαργός 11527
Τηλέφωνα για ραντεβού:
210 - 7785015
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ανάλογα με τα ραντεβού, 08.00 -
13.30

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ

Βασ. Παύλου 1,
Βούλα 16673
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1asis)
και 213 - 2163627
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ανάλογα με τα ραντεβού

ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕΡΡΩΝ

Αγ. Σοφίας 3,
Σέρρες 62100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1asis)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ανάλογα με τα ραντεβού

ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΓΙΑΝΝΙΤΣΩΝ

Τέρμα Λ. Κατωήν,
Γιαννιτσά 58100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
23823 - 50555 και 23823 - 50556
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Δευτέρα και Παρασκευή,
10:00 - 13:00

**ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ
ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΞΑΝΘΗΣ**
Νεάπολη, Ξάνθη 67100
Τηλέφωνα για ραντεβού:

25410 - 47400
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ανάλογα με τα ραντεβού

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΙΑΥΜΟΤΕΙΧΟΥ

Κων/πολεως 1,
Διαυμότειχο 68300
Τηλέφωνα για ραντεβού:
25530 - 24370
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Καθημερινά εκτός Πέμπτης,
10.00 - 13.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΖΑΝΗΣ ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ

Κ. Μαμάτσου 1, Κοζάνη 50100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
24613 - 52651
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Καθημερινά, 10.00 - 12.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΦΛΩΡΙΝΑΣ ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Πλ. Νοσοκομείου 2,
Φλώρινα 53100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
23850 - 28888
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Καθημερινά, 09.00 - 13.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ

Μαυριωτίτσας 22,
Καστοριά 52100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
24670 - 55855
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Δευτέρα, Τετάρτη και
Παρασκευή, 10.00 - 13.00

ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΜΙΑΣ

Παπασιοπούλου Τέρμα,
Λαμία 35100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1asis)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Καθημερινά, 10.00 - 13.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΙΒΑΔΕΙΑΣ

Τέρμα Αγ. Βλασίου,
Λίβαδειά 32100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1asis)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ανάλογα με τα ραντεβού,
09.00 - 13.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΧΑΛΚΙΔΑΣ

Γαζέπη 48, Χαλκίδα 34100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
22650 - 86666
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Δευτέρα - Τετάρτη και
Παρασκευή, 10.00 - 13.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΜΦΙΣΣΑΣ

Άμφισσα 33100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα 1asis)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ανάλογα με τα ραντεβού, 10.00 -
13.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΡΠΕΝΗΣΙΟΥ

Π. Μπακογιάννη 2,
Καρπενήσι 36100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
χωρίς ραντεβού
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Καθημερινά, 09.00 - 13.30

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ - Κ.Υ. ΚΑΡΥΣΤΟΥ ΔΙΟΚΛΕΙΟ

Π. Κότσικα 56,
Κάρυστος 34001
Τηλέφωνα για ραντεβού:
χωρίς ραντεβού
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Καθημερινά, 10.00 - 13.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΓΡΙΝΙΟΥ

Τέρμα Κόκκαλη, Αγρίνιο 30100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
26410 - 27709
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ανάλογα με τα ραντεβού, 10.00 -
13.00

ΑΝΝΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΕ ΟΛΗ ΤΗ ΧΩΡΑ

ΗΠΕΙΡΟΣ

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ

Λ. Μακρυγιάννη,
Ιωάννινα 45500
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Τρίτη, 09.00 - 14.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΡΤΑΣ

Λόφος Περάνθης,
Άρτα 47100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Κατόπιν συνεννόησης με τους
γιατρούς

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΡΕΒΕΖΑΣ

Σελεύκειας 2,
Πρέβεζα 48100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Καθημερινά εκτός Πέμπτης,
09.00 - 13.00

ΘΕΣΣΑΛΙΑ

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ ΚΑΙ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ

Τσακάλωφ 1,
Λάρισα 41221
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Καθημερινά εκτός Παρασκευής,
09.00 - 13.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

Τέρμα Ταυρωπού,
Καρδίτσα 43100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Τρίτη Τετάρτη και Πέμπτη, 10.00
- 14.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΒΟΛΟΥ ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ

Πολυμέρη 134, Βόλος 38222
Τηλέφωνα για ραντεβού:

1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ανάλογα με τα ραντεβού

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΚΑΛΩΝ

Καρδίτσας 56, Τρίκαλα 42100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
24313 - 50780 και 1535
(πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Καθημερινά, 10.00 - 14.00

ΠΕΛΟΠΟ- ΝΝΗΣΟΣ

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ «ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ»

Τσερτίδου 1,
Πάτρα 26000
Τηλέφωνα για ραντεβού:
2610 - 623783
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Καθημερινά, 10.00 - 13.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΙΓΙΟΥ Άνω Βουλωμένο, Αίγιο 25100 Τηλέφωνα για ραντεβού: 26410 - 27709

Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ανάλογα με τα ραντεβού, 10.00 -
13.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΥΡΓΟΥ ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΕΙΟ

Πύργος 27100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
26210 - 82748
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Δευτέρα, Τετάρτη και Πέμπτη,
08.30 - 13.30

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

Αθηνών 99,
Καλαμάτα 24100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
27210 - 46000
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Καθημερινά εκτός Παρασκευής,
09.00 - 13.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΡΙΝΘΟΥ

Πρέβεζα 48100

Τηλέφωνα για ραντεβού:
1535 (πρόγραμμα Ίασις)
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Τρίτη, 10.00 - 13.00

ΝΗΣΙΑ ΑΙΓΑΙΟΥ

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ

Ε. Βοστώνη 48,
Μυτιλήνη 81100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
22510 - 21111

Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Καθημερινά, 10.00 - 13.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΑΜΟΥ ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ

Συντή/χου Κεφαλοπούλου 17,
Σάμος 83100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
22730 - 27426
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Κατόπιν συνεννόησης με τους
γιατρούς

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ - Κ.Υ. ΙΚΑΡΙΑΣ

Αγ. Κήρυκος, Ικαρία 83300
Τηλέφωνα για ραντεβού:
22750 - 22330 - 6
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ανάλογα με τα ραντεβού

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΧΙΟΥ ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ

Ε. Βενιζέλου, Χίος 82100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
22713 - 50112
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Ανάλογα με τα ραντεβού

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΥΡΟΥ ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ ΚΑΙ ΠΡΩΙΟ

Γεωργ. Παπανδρέου 2, Σύρος
84100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
22810 - 96523
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Καθημερινά, 10.00 - 13.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΟΔΟΥ ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

Ερυθρού Σταυρού 5,
Ρόδος 85100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
22730 - 27426
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:

Ανάλογα με τα ραντεβού

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ - Κ.Υ. ΚΩ

Ιπποκράτους 34, Κως 85300
Τηλέφωνα για ραντεβού:
22420 - 54310
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Καθημερινά, 10.00 - 13.00

ΝΗΣΙΑ ΙΟΝΙΟΥ

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΕΡΚΥΡΑΣ

Ιουλίας Ανδρεάδη 1, Κέρκυρα
49100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
26610 - 88216
Ημέρες λειτουργίας:
Δευτέρα, Τετάρτη και
Παρασκευή, 09.00 - 13.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΕΥΚΑΔΑΣ

Αρ. Βαλαωρίτη 24, Λευκάδα
31100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
χωρίς ραντεβού
Ημέρες λειτουργίας:
Δευτέρα, Τετάρτη και
Παρασκευή, 09.00 - 13.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΖΑΚΥΝΘΟΥ ΑΓΙΟΣ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ

Περιβολά, Ζάκυνθος 29100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
26950 - 59171
Ημέρες λειτουργίας:
Ανάλογα με τα ραντεβού

ΚΡΗΤΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ - ΠΑΝΑΝΕΙΟ

Λεωφ. Κνωσσού, Ηράκλειο
71001
Τηλέφωνα για ραντεβού:
2810 - 368189 και 2810 - 368193
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Τρίτη και Πέμπτη, 10.00 - 13.00

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Τρανταλίδου 17, Ρέθυμνο 74100
Τηλέφωνα για ραντεβού:
28310 - 27494
Ημέρες και ώρες λειτουργίας:
Δευτέρα, Τετάρτη και Πέμπτη,
10.00 - 13.00

www.cryo-save.com

για 9 Μήνες ή για μια Ζωή;

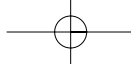
Για 9 μήνες ο ομφάλιος λώρος παίζει έναν ζωτικής σημασίας ρόλο στην εξασφάλιση της υγείας του παιδιού σας. Η Cryo-Save προσφέρει μια μοναδική ευκαιρία, ώστε αυτό να συνεχιστεί για μια αθάνητη ζωή. Με τη φύλαξη του ομφάλιου λώρου και των βλαστικών κυττάρων που περιέχει, μπορείτε τώρα να αποφασίσετε να λάβετε πρόσθετα μέτρα για τη μελλοντική υγεία του παιδιού σας.

Σήμερα, είναι μια δυνατή η θεραπεία διαφόρων ασθενειών με τη χρήση βλαστικών κυττάρων, ο αριθμός των οποίων συνεχώς θα αυξάνεται, χάρη στη συνεχή πρόοδο της ιατρικής επιστήμης.

Για περισσότερες πληροφορίες για τη Cryo-Save, τη Μεγαλύτερη Τράπεζα Βλαστικών Κυττάρων της Ευρώπης, επισκεφτείτε την ιστοσελίδα μας www.cryo-save.com ή καλέστε στα 801 11 68200 και 210 6899200.

Cryo-Save
Save for Life

Europe's Leading Stem Cell Bank



Στηρίζουμε την Υγεία και τον Άνθρωπο.



Κάποιες αξίες στη ζωή μας έχουν προτεραιότητα.

Μία πραγματικά εύρωστη οικονομία, με μέτρο τον άνθρωπο και τις πραγματικές του ανάγκες, μπορεί να στηριχτεί μόνο σε μία υγιή κοινωνία. Σε μια κοινωνία με ανθρωπιά και αλληλεγγύη. Το TT HELLENIC POSTBANK Ταχυδρομικό Ταμιευτήριο, στα πλαίσια του προγράμματος ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΕΥΘΥΝΗΣ, συνεχίζει με συνέπεια την κοινωνική του προσφορά στην πράξη, με έργα για τη ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ. Δώρισε 5 μοτοσυκλέτες στο ΕΚΑΒ. Χορήγησε την έκδοση του βιβλίου "Πρώτες βοήθειες για όλους", που εκδίδεται από το Διαδημοτικό Δίκτυο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στο οποίο συμμετέχουν 135 δήμοι από όλη τη χώρα. Προσέφερε χρηματικό ποσό για την αγορά εξοπλισμού για την Ογκολογική Μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών "Ιπποκράτειο" και για το Ορθοπαιδικό Τμήμα του Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο – Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ. Ενίσχυσε οικονομικά το Σύλλογο Φίλων Παιδιών με καρκίνο "Η ΕΛΠΙΔΑ" και την Ένωση Φίλων και Γονέων Ατόμων με Σύνδρομο Down «ΗΛΙΑΧΤΙΔΑ».

Το TT HELLENIC POSTBANK Ταχυδρομικό Ταμιευτήριο στηρίζει την Υγεία και τον Άνθρωπο. Απλά και ειλικρινά.

